

# Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser:  
Anpassung des Anhangs 1 und Ergänzung der Anhänge 3 und 4 zur Anlage für das Berichtsjahr 2021

Vom 16. Juni 2022

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 16. Juni 2022 beschlossen, die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser in der Fassung vom 16. Mai 2013 (BAnz AT 24.07.2013 B5), die durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 21. April 2022 (BAnz AT TT.MM.2022 BX) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

- I. Der Anhang 1 zur Anlage „Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2021“ wird wie folgt geändert:

1. Nummer 3.13.9.6.1.1.1 Element <KISS\_Modul> Elternelemente: 3.13.9.6.1.1.1 Element <Teilnahme\_KISS> wird wie folgt gefasst:

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Name		1	Schlüsselauswahlliste: "KISS_Modul_Name" (A-12.3.2) im Anhang 2 zur Anlage  Auswahlliste: "AMBU-KISS", "CDAD-KISS", "HAND-KISS", "DAS-KISS", "MRSA-KISS", "NEO-KISS", "ONKO-KISS", "OP-KISS", "STATIONS-KISS", "SARI"	A-12.3.2.6	

2. Nummer 5.1 Element <Dokumentationsraten> Elternelemente: 5 Element <Datengestuetzte\_Qualitaetsicherung> wird wie folgt gefasst:

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
<i>Beginn Auswahlelement</i>					
Leistungsbereich_DeQS		33	<u>siehe 5.1.1</u>	-	
Leistungsbereich_QSKH		0	<u>siehe 5.1.2</u>	-	
<i>Ende Auswahlelement</i>					

## 3. Nummer 5.1.1 Element &lt;Leistungsbereich\_DeQS&gt; Elternelemente: 5.1 Element &lt;Dokumentationsraten&gt; wird wie folgt gefasst:

”

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kuerzel	Kürzel des Leistungsbereichs.	1	<p>Der Datentyp lässt nur Leistungsbereiche aus der Tabelle D des Anhang 3 zur Anlage zu.</p> <p>Auswahlliste:</p> <p>"09/1",  "09/2",  "09/3",  "09/4",  "09/5",  "09/6",  "10/2",  "15/1",  "16/1",  "17/1",  "18/1",  "DEK",  "HCH",  "HCH_AK_CHIR",  "HCH_AK_KATH",  "HCH_KC",  "HEP",  "HEP_IMP",  "HEP_WE",  "HTXM",</p>	C-1.1	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements Leistungsbereich nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"HTXM_MKU", "HTXM_TX", "KEP", "KEP_IMP", "KEP_WE", "LLS", "LTX", "LUTX", "NEO", "NLS", "PCI_LKG", "PNEU", "PNTX"		
Bezeichnung	Bezeichnung des Leistungsbereichs.	1	maximale Zeichenanzahl 500	C-1.1	
Zaehlbereich_Von	Gibt an, ob dieser Bereich einem anderen untergeordnet ist.	0 .. 1	Der Datentyp lässt nur die Schlüssel der Zählbereiche zu.  Auswahlliste: "HCH", "HTXM", "HEP", "KEP"	C-1.1	
<i>Beginn Auswahlelement</i>					

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Fallzahl	Fallzahl der erbrachten dokumentationspflichtigen Leistungen (Soll).	1	Wertebereich 0 und 4 .. 100000	C-1.1	
Fallzahl_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, wenn die Fallzahl 1 bis einschließlich 3 ist.	1	Kein Inhalt	C-1.1	In diesem Fall ist ebenfalls das Feld Dokumentationsrate_Datenschutz auszuwählen.
<i>Ende Auswahlelement</i>					
<i>Beginn Auswahlelement</i>					
Dokumentationsrate	Dokumentationsrate in Prozent (0 bis >100) (gemäß der Systematik des Verfahrens können in Leistungsbereichen Dokumentationsraten von über 100 % erreicht werden). Das Element ist leer anzugeben, wenn die Fallzahl = 0 ist	1	Wertebereich <i>kein Inhalt</i> und 0,00 .. 999,99 (bis zu zwei Nachkommastellen)	C-1.1	Wenn Fallzahl (Soll) = 0 ist das Feld Dokumentationsrate leer zu lassen und im Kommentarfeld zu erläutern. Wurde keine Leistung im Leistungsbereich erbracht (Soll=0 und Ist=0), ist der Kommentar „In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.“ einzufügen. Kann die Dokumentationsrate nicht errechnet werden (Soll=0 und Ist>0), ist der Kommentar „Dokumentationsrate nicht berechenbar“ einzufügen. Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten ist folgender Hinweis zu ergänzen: „Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.“ (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Dokumentationsrate_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, wenn die Fallzahl unter den Datenschutz fällt.	1	Kein Inhalt	C-1.1	In diesem Fall ist ebenfalls das Feld Fallzahl_Datenschutz auszuwählen.
<i>Ende Auswahlelement</i>					
<i>Beginn Auswahlelement</i>					
Anzahl_Datensaetze_Standort	Anzahl der dokumentierten Datensätze des Auswertungsstandortes (ohne Minimaldatensätze) im Leistungsbereich (Ist).	1	Wertebereich 0 und 4 .. 100000	C-1.1	
Anzahl_Datensaetze_Standort_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, wenn die Fallzahl unter den Datenschutz fällt.	1	Kein Inhalt	C-1.1	
<i>Ende Auswahlelement</i>					
Kommentar_Krankenhaus	Kommentar des Krankenhauses	0 .. 1	Datentyp zum Element <i>Kommentar_Krankenhaus</i> welches vom Wert "maximale Zeichenanzahl 500" ist und drei Vorgabewerte definiert.	C-1.1	Siehe Erläuterungen zu Element Fallzahl.

4. Nummer 5.2.1.1 Element <QS-Ergebnis> Elternelemente: 5.2.1 Element <Einziges\_Auswertungseinheit>, 5.2.2 Element <Auswertungseinheit> wird wie folgt gefasst:

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kuerzel_Leistungsbereich	Kürzel des Leistungsbereichs.	1	Zeichenkette	C-1.2	
Bezeichnung_Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs aus Tabelle A aus Anhang 3 zur Anlage	1	maximale Zeichenanzahl 500	C-1.2	
Ergebnis_ID	Kürzel des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl.	1	Der Datentyp lässt nur Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen aus der Anhang 3 zur Anlage "Qualitätsindikatorenübersicht Tabelle A: Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen" zu.  Auswahlliste: "2157", "12253", "51629", "251800", "251801", "52385", "52386", "52387",	C-1.2	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements Qualitätsindikator bzw. Kennzahl nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"52388", "52389", "52390", "52391", "52392", "52393", "382000", "382009", "382005", "382006", "372000", "372001", "372009", "372005", "372006", "352000", "352010", "352006", "352007", "2128", "2125", "2127", "2097", "2096", "12349",		

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"51596", "2133", "2155", "12397", "51636", "51567", "2137", "2138", "572016", "572017", "572018", "572022", "572023", "572024", "572025", "572026", "572032", "572036", "572037", "572038", "572043", "572044", "572047", "56000", "56001",		

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"56003", "56004", "56005", "56006", "56007", "56008", "56009", "56010", "56011", "56014", "56016", "101803", "54140", "52139", "101800", "52305", "101801", "52311", "101802", "51191", "52307", "111801", "121800", "52315", "51404",		

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"50055", "50005", "52131", "131801", "52316", "131802", "52325", "131803", "51186", "52321", "141800", "151800", "52324", "51196", "603", "604", "52240", "11704", "11724", "605", "606", "51859", "51437", "51443", "51873",		

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"51865", "51445", "51448", "51860", "161800", "51906", "12874", "10211", "60685", "172000_10211", "172001_10211", "60686", "612", "52283", "330", "50045", "52249", "182000_52249", "182001_52249", "182002_52249", "182003_52249", "182004_52249", "182005_52249", "182006_52249", "182007_52249",		

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"182008_52249", "182009_52249", "1058", "321", "51397", "51831", "318", "51803", "51808_51803", "51813_51803", "51818_51803", "51823_51803", "181800", "181801_181800", "181802_181800", "54030", "54050", "54033", "54029", "54042", "54046", "54001", "54002", "54003", "54004",		

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"54016", "54017", "54015", "54018", "54019", "54120", "191800_54120", "191801_54120", "54012", "54013", "191914", "54020", "54021", "54022", "54123", "50481", "54124", "54125", "54028", "54127", "51846", "52330", "52279", "2163", "50719",		

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"51847", "51370", "60659", "211800", "52009", "52326", "521801", "521800", "52010", "51070", "51832", "51837", "51076", "50050", "51838", "51843", "51079", "50053", "51078", "50052", "51901", "51136_51901", "51141_51901", "51146_51901", "51156_51901",		

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"51161_51901", "50060", "50062", "222000_50062", "222001_50062", "222002_50062", "52262", "50063", "50069", "50074", "2005", "2006", "2007", "232000_2005", "232001_2006", "232002_2007", "2009", "232003_2009", "2013", "232004_2013", "2028", "232005_2028", "2036", "232006_2036", "231900",		

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"232008_231900", "50778", "232007_50778", "232010_50778", "50722", "232009_50722"		
Bezeichnung_Ergebnis	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl aus der Tabelle A von Anhang 3 zur Anlage.	1	maximale Zeichenanzahl 500	C-1.2	
Art_des_Wertes	Hier wird der Typ des QS-Ergebnisses gekennzeichnet. Dieser ist aus den Tabellen in Anhang 3 zur Anlage zu übernehmen.	1	maximale Zeichenanzahl 500	C-1.2	
Bezug_zum_Verfahren	Hier wird der Bezug des QS-Ergebnisses zu den zugrunde liegenden Richtlinien und Regelungen des G-BA und ihren Zielsetzungen gekennzeichnet. Dieser ist aus den Tabellen in Anhang 3 zur Anlage zu übernehmen.	1	maximale Zeichenanzahl 500	C-1.2	
Bezug_andere_QS_Ergebnisse	Hier wird bei kalkulatorischen oder ergänzenden Kennzahlen	0 .. 1	Der Datentyp lässt nur Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen aus der Anhang 3	C-1.2	

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
	<p>die ID des übergeordneten QS-Ergebnisses angegeben, auf die sich diese Kennzahl bezieht. Die ID ist den Tabellen in Anhang 3 zur Anlage zu übernehmen.</p>		<p>zur Anlage "Qualitätsindikatorenübersicht Tabelle A: Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen" zu.</p> <p>Auswahlliste:</p> <p>"2157",  "12253",  "51629",  "251800",  "251801",  "52385",  "52386",  "52387",  "52388",  "52389",  "52390",  "52391",  "52392",  "52393",  "382000",  "382009",  "382005",  "382006",</p>		

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"372000", "372001", "372009", "372005", "372006", "352000", "352010", "352006", "352007", "2128", "2125", "2127", "2097", "2096", "12349", "51596", "2133", "2155", "12397", "51636", "51567", "2137", "2138", "572016", "572017",		

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"572018", "572022", "572023", "572024", "572025", "572026", "572032", "572036", "572037", "572038", "572043", "572044", "572047", "56000", "56001", "56003", "56004", "56005", "56006", "56007", "56008", "56009", "56010", "56011", "56014",		

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"56016", "101803", "54140", "52139", "101800", "52305", "101801", "52311", "101802", "51191", "52307", "111801", "121800", "52315", "51404", "50055", "50005", "52131", "131801", "52316", "131802", "52325", "131803", "51186", "52321",		

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"141800", "151800", "52324", "51196", "603", "604", "52240", "11704", "11724", "605", "606", "51859", "51437", "51443", "51873", "51865", "51445", "51448", "51860", "161800", "51906", "12874", "10211", "60685", "172000_10211",		

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"172001_10211", "60686", "612", "52283", "330", "50045", "52249", "182000_52249", "182001_52249", "182002_52249", "182003_52249", "182004_52249", "182005_52249", "182006_52249", "182007_52249", "182008_52249", "182009_52249", "1058", "321", "51397", "51831", "318", "51803", "51808_51803", "51813_51803",		

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"51818_51803", "51823_51803", "181800", "181801_181800", "181802_181800", "54030", "54050", "54033", "54029", "54042", "54046", "54001", "54002", "54003", "54004", "54016", "54017", "54015", "54018", "54019", "54120", "191800_54120", "191801_54120", "54012", "54013",		

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"191914", "54020", "54021", "54022", "54123", "50481", "54124", "54125", "54028", "54127", "51846", "52330", "52279", "2163", "50719", "51847", "51370", "60659", "211800", "52009", "52326", "521801", "521800", "52010", "51070",		

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"51832", "51837", "51076", "50050", "51838", "51843", "51079", "50053", "51078", "50052", "51901", "51136_51901", "51141_51901", "51146_51901", "51156_51901", "51161_51901", "50060", "50062", "222000_50062", "222001_50062", "222002_50062", "52262", "50063", "50069", "50074",		

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"2005", "2006", "2007", "232000_2005", "232001_2006", "232002_2007", "2009", "232003_2009", "2013", "232004_2013", "2028", "232005_2028", "2036", "232006_2036", "231900", "232008_231900", "50778", "232007_50778", "232010_50778", "50722", "232009_50722"		
Sortierung	Hier wird bei kalkulatorischen oder ergänzenden Kennzahlen eine laufende Nummer angegeben, die bestimmt, in welcher Reihenfolge	0 .. 1	Wertebereich 1 .. 100	C-1.2	

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
	diese Kennzahlen bei Veröffentlichung darzustellen sind. Die Nummer ist aus den Tabellen in Anhang 3 zur Anlage zu entnehmen.				
Ergebnis_Bezug_Infektion	Dieses Element ist einzufügen, um den Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus als solchen zu kennzeichnen.	0 .. 1	Kein Inhalt	C-1.2	
Fachlicher_Hinweis_IQTIG	Hier ist die Angabe "Fachlicher Hinweis des IQTIG" aus dem Bericht "Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser" des Institutes nach § 137a SGB V anzugeben. Dieser wird von dem Institut nach § 137a SGB V jährlich zum 31. März für das Berichtsjahr dem G-BA vorgelegt.	0 .. 1	Zeichenkette	C-1.2	
Einheit	Hier ist die Einheit des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl anzugeben.	1	maximale Zeichenanzahl 100 oder leer	C-1.2	
Bundesergebnis	Ergebnis auf Bundesebene dieses Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl.	1	Wertebereich 0,00 .. 999999999,00	C-1.2	

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Vertrauensbereich_Bundesweit	Untere und obere Grenze des 95%-Vertrauensbereichs.	1	<u>siehe 5.2.1.1.1</u>	C-1.2	
Rechnerisches_Ergebnis	Ergebnis für diesen Qualitätsindikator bzw. für diese Kennzahl. Sofern die Anforderungen zum Datenschutz erfüllt sind, erfolgt keine Angabe und es ist auf den Datenschutz zu verweisen. Ausgenommen sind hiervon O/E-Indikatoren. Bei diesem Indikatortyp wird das rechnerische Ergebnis angegeben. Bei Qualitätsindikatoren gemäß plan. QI-RL sind die nach Datenvalidierung und Neuberechnung gemäß den §§ 9 und 10 plan. QI-RL ermittelten Ergebnisse anzugeben.	0 .. 1	Wertebereich 0,00 .. 999999999,00	C-1.2	Wenn das Element <Qualitative_Bewertung_Berichtsjahr> gleich S91 ist, dann sind die Elemente <Rechnerisches_Ergebnis>, <Fallzahl>, <Vertrauensbereich_Krankenhaus> nicht anzugeben. Wenn für das Krankenhaus kein rechnerisches Ergebnis vorliegt, sind die Elemente <Vertrauensbereich_Krankenhaus>, <Rechnerisches_Ergebnis>, <Entwicklung_Ergebnis_zum_vorherigen_Berichtsjahr> und <Fallzahl> nicht anzugeben.
Risikoadjustierte_Rate	Risikoadjustierte Rate ergänzend für einen O/E-Indikator bzw. für eine O/E-Kennzahl, sofern diese Angabe vorliegt.	0 .. 1	Wertebereich <i>kein Inhalt</i> und 0,00 .. 100000,00	C-1.2	
Vertrauensbereich_Krankenhaus	Untere und obere Grenze des 95%-Vertrauensbereichs, gemäß der bundeseinheitlichen Rechenregeln § 8 QSKH-RL und § 14a DeQS-RL. Bei	0 .. 1	<u>siehe 5.2.1.1.2</u>	C-1.2	Wenn das Element <Qualitative_Bewertung_Berichtsjahr> gleich S91 ist, dann sind die Elemente <Rechnerisches_Ergebnis>, <Fallzahl>, <Vertrauensbereich_Krankenhaus> nicht anzugeben. Wenn für das Krankenhaus kein rechnerisches Ergebnis vorliegt, sind die Elemente <Vertrauensbereich_Krankenhaus>,

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
	Ergebnissen gemäß plan. QI-RL ist vom IQTIG sicherzustellen, dass die zuständige QS-Stelle auch den 95 %-Vertrauensbereich erhält. Sofern die Anforderungen zum Datenschutz erfüllt sind, erfolgt keine Angabe und es ist auf den Datenschutz zu verweisen. Ausgenommen sind hiervon O/E-Indikatoren. Bei diesem Indikatortyp wird der Vertrauensbereich angegeben.				<Rechnerisches_Ergebnis>, <Entwicklung_Ergebnis_zum_vorherigen_Berichtsjahr> und <Fallzahl> nicht anzugeben.
<i>Beginn Auswahlelement</i>					
Fallzahl		0 .. 1	<u>siehe 5.2.1.1.3</u>	C-1.2	Wenn in den Feldern <Grundgesamtheit> oder <Beobachtete_Ereignisse> aus Datenschutzgründen keine Angabe erfolgen kann, werden die Elemente <Rechnerisches_Ergebnis> und <Vertrauensbereich_Krankenhaus> nicht angegeben. Wenn für das Krankenhaus kein rechnerisches Ergebnis vorliegt, sind die Elemente <Vertrauensbereich_Krankenhaus>, <Rechnerisches_Ergebnis>, <Entwicklung_Ergebnis_zum_vorherigen_Berichtsjahr> und <Fallzahl> nicht anzugeben. Ausgenommen sind hiervon O/E-Indikatoren.
Fallzahl_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, wenn <Grundgesamtheit> oder <Beobachtete_Ereignisse> 1 bis einschließlich 3 ist.	0 .. 1	Kein Inhalt	C-1.2	Wenn dieses Element aus Datenschutzgründen ausgewählt wird, werden die Elemente <Rechnerisches_Ergebnis> und <Vertrauensbereich_Krankenhaus> nicht angegeben. Ausgenommen sind hiervon O/E-Indikatoren. Bei

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
					diesem Indikatortyp wird das rechnerische Ergebnis und der Vertrauensbereich (Krankenhaus) angegeben.
<i>Ende Auswahlelement</i>					
Kommentar_Krankenhaus	Kommentar des Krankenhauses.	0 .. 1	maximale Zeichenanzahl 500	C-1.2	
Ergebnis_Mehrfach	Mehrfachverwendung von Ergebnissen (falls Ergebnisse zu dieser Auswertungseinheit auch in anderen Qualitätsberichten erscheinen – standortübergreifende Ergebnisse).	0 .. 1	Kein Inhalt	C-1.2	Falls vorhanden, stehen weitere Informationen unter <Kommentar_Krankenhaus>.
Ergebnis_Bewertung	Angaben, welche nur für Qualitätsindikatoren relevant sind.	0 .. 1	<u>siehe 5.2.1.1.4</u>	C-1.2	Dieser Abschnitt ist nur für Qualitätsindikatoren anzugeben! (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

“

- II. Nach dem Anhang 3 zur Anlage „Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2020“ wird der Anhang 3 zur Anlage „Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021“ gemäß **Anlage 1** zum Beschluss eingefügt.
- III. Nach dem Anhang 4 zur Anlage „Plausibilisierungsregeln für das Berichtsjahr 2020“ wird der Anhang 4 zur Anlage „Plausibilisierungsregeln für das Berichtsjahr 2021“ gemäß **Anlage 2** zum Beschluss eingefügt.
- IV. Die Änderungen treten am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 16. Juni 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

**Anhang 3 zur Anlage Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021**

**Tabelle A:**

Vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen

**Tabelle B:**

Vom G-BA eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen /Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen mit eingeschränkter methodischer Eignung

**Tabelle C:**

Vom G-BA nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen

**Tabelle D:**

Übersicht über die Leistungsbereiche im Richtlinienkontext

**Tabelle A:****Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zu Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen**

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
TX-HTX	Herztransplantationen	Herztransplantation	2157	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Ratenbasiert	DeQS	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
TX-HTX	Herztransplantationen	Herztransplantation	12253	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Verlaufs-kennzahl bekannter Status	DeQS	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
TX-HTX	Herztransplantationen	Herztransplantation	51629	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	Verlaufs-kennzahl Worst-Case	DeQS	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	251800	Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Patientinnen und Patienten, die nach dem Einsetzen eines Herzunterstützungssystems während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	251801	Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens	QI	Logistische Regression E/N	DeQS	Vorhergesagte durchschnittliche Wahrscheinlichkeit, dass die Patientinnen und Patienten nach dem Einsetzen eines Herzunterstützungssystems oder künstlichen Herzens in dem Krankenhaus versterben

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	52385	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD	QI	Ratenbasiert	DeQS	Die Funktion des Nervensystems war nach dem Einsetzen eines Systems, das die linke Herzkammer unterstützt, dauerhaft beeinträchtigt
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	52386	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Die Funktion des Nervensystems war nach dem Einsetzen eines Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt, dauerhaft beeinträchtigt
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	52387	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Die Funktion des Nervensystems war nach dem Einsetzen eines künstlichen Herzens, das das gesamte Herz ersetzt, dauerhaft beeinträchtigt
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	52388	Sepsis bei Implantation eines LVAD	QI	Ratenbasiert	DeQS	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines Systems, das die linke Herzkammer unterstützt
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	52389	Sepsis bei Implantation eines BiVAD	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	52390	Sepsis bei Implantation eines TAH	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines künstlichen Herzens, das das gesamte Herz ersetzt
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	52391	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD	QI	Ratenbasiert	DeQS	Die Funktion des eingesetzten Systems, das die linke Herzkammer unterstützt, war fehlerhaft
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	52392	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Die Funktion des eingesetzten Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt, war fehlerhaft

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnun- gsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	52393	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH	TKez	Raten- basiert	DeQS	Die Funktion des eingesetzten künstlichen Herzens, das das gesamte Herz ersetzt, war fehlerhaft
KCHK-AK-CHIR	Offen- chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird	382000	Intraprozedurale Komplikationen	QI	Raten- basiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten
KCHK-AK-CHIR	Offen- chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird	382009	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	Raten- basiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder nach einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten
KCHK-AK-CHIR	Offen- chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird	382005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	Raten- basiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind
KCHK-AK-CHIR	Offen- chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird	382006	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird	372000	Intraprozedurale Komplikationen	QI	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird	372001	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen an den Blutgefäßen während oder nach der Operation auftraten
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird	372009	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird	372005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird	372006	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft	352000	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	QI	Ratenbasiert	DeQS	Verwendung der linksseitigen Brustwandarterie als Umgehungsgefäß (sog. Bypass)
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft	352010	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation auftraten
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft	352006	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft	352007	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspende	2128	Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen	QI	Ratenbasiert	DeQS	Komplikationen, die behandelt werden mussten, während oder nach der Operation
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspende	2125	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Ratenbasiert	DeQS	Organspenderinnen und Organspender, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspende	2127	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich	QI	Ratenbasiert	DeQS	Nach der Spende war eine Lebertransplantation bei der Spenderin / dem Spender notwendig
TX-LTX	Lebertransplantationen	Lebertransplantation	2097	Tod durch operative Komplikationen	QI	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, die aufgrund von Komplikationen innerhalb von 24 Stunden nach der Transplantation verstorben sind
TX-LTX	Lebertransplantationen	Lebertransplantation	2096	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
TX-LTX	Lebertransplantationen	Lebertransplantation	12349	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Verlaufs-kennzahl bekannter Status	DeQS	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
TX-LTX	Lebertransplantationen	Lebertransplantation	51596	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	Verlaufs-kennzahl Worst-Case	DeQS	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
TX-LTX	Lebertransplantationen	Lebertransplantation	2133	Postoperative Verweildauer	QI	Ratenbasiert	DeQS	Dauer des Krankenhausaufenthalts nach der Transplantation
TX-LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation	2155	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Ratenbasiert	DeQS	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnun- gsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
TX-LUTX	Lungen- und Herz- Lungen- Transplantationen	Lungen- und Herz-Lungen- Transplantation	12397	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Verlaufs- kennzahl bekannter Status	DeQS	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
TX-LUTX	Lungen- und Herz- Lungen- Transplantationen	Lungen- und Herz-Lungen- Transplantation	51636	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	Verlaufs- kennzahl Worst-Case	DeQS	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
TX-NLS	Nierenlebendspen- den	Nierenlebendspende	51567	Intra- oder postoperative Komplikationen	QI	Raten- basiert	DeQS	Komplikationen während oder nach der Operation
TX-NLS	Nierenlebendspen- den	Nierenlebendspende	2137	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Raten- basiert	DeQS	Organspenderinnen und Organspender, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
TX-NLS	Nierenlebendspen- den	Nierenlebendspende	2138	Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich	QI	Raten- basiert	DeQS	Eine regelmäßige Blutreinigung (Dialyse) war bei der Spenderin / dem Spender erforderlich
NET-NTX	Nierentransplanta- tion	Nierentransplantation	572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	QI	Raten- basiert	DeQS	Komplikationen während oder nach der Operation
NET-NTX	Nierentransplanta- tion	Nierentransplantation	572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Raten- basiert	DeQS	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Verlaufs-kennzahl bekannter Status	DeQS	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung	QI	Raten-basiert	DeQS	Sofort nach der Transplantation nahm die Niere einer verstorbenen Organspenderin / eines verstorbenen Organspenders bei der Organempfängerin / dem Organempfänger ihre Funktion auf und funktionierte bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	QI	Raten-basiert	DeQS	Sofort nach der Transplantation nahm die Niere einer lebenden Organspenderin / eines lebenden Organspenders bei der Organempfängerin / dem Organempfänger ihre Funktion auf und funktionierte bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)	QI	Raten-basiert	DeQS	Die transplantierte Niere funktionierte 90 Tage nach der Transplantation ausreichend gut (nach Transplantation einer Niere von einer verstorbenen Organspenderin/ einem verstorbenen Organspender)
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	QI	Raten-basiert	DeQS	Die transplantierte Niere funktionierte 90 Tage nach der Transplantation ausreichend gut (nach Transplantation einer Niere von einer lebenden Organspenderin/ einem lebenden Organspender)

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572026	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation	TKez	Verlaufs-kennzahl bekannter Status	DeQS	Die transplantierte Niere funktionierte ein Jahr nach der Transplantation ausreichend gut
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	QI	Verlaufs-kennzahl bekannter Status	DeQS	Die transplantierte Niere hörte innerhalb von einem Jahr nach der Transplantation auf zu funktionieren
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Raten-basiert	DeQS	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Verlaufs-kennzahl bekannter Status	DeQS	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	572038	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	Verlaufs-kennzahl Worst-Case	DeQS	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	QI	Raten-basiert	DeQS	Die transplantierte Bauchspeicheldrüse funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend gut
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	572044	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	TKez	Verlaufs-kennzahl bekannter Status	DeQS	Die Bauchspeicheldrüse funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger ein Jahr nach der Transplantation ausreichend gut

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnun- gsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren- Transplantation	Pankreas- und Pankreas- Nierentransplantation	572047	Entfernung des Pankreastransplantats	QI	Raten- basiert	DeQS	Die transplantierte Bauchspeicheldrüse musste bei der Organempfängerin / dem Organempfänger wieder entfernt werden
PCI	Perkutane Koronarinterventi- on (PCI) und Koronarangiograp- hie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	QI	Raten- basiert	DeQS	Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich.
PCI	Perkutane Koronarinterventi- on (PCI) und Koronarangiograp- hie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	QI	Raten- basiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten
PCI	Perkutane Koronarinterventi- on (PCI) und Koronarangiograp- hie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56003	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt	QI	Raten- basiert	DeQS	Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten
PCI	Perkutane Koronarinterventi- on (PCI) und Koronarangiograp- hie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56004	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt	QI	Raten- basiert	DeQS	Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten
PCI	Perkutane Koronarinterventi- on (PCI) und Koronarangiograp- hie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm <sup>2</sup>	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis- Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm <sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PCI	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm <sup>2</sup>	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm <sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
PCI	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm <sup>2</sup>	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm <sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
PCI	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	QI	Ratenbasiert	DeQS	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt
PCI	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	QI	Ratenbasiert	DeQS	Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde
PCI	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	QI	Ratenbasiert	DeQS	Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde
PCI	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	QI	Ratenbasiert	DeQS	Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PCI	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	QI	Ratenbasiert	DeQS	Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt
PCI	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	QI	Ratenbasiert	DeQS	Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen
HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	101803	Leitlinienkonforme Indikation	QI	Ratenbasiert	DeQS	Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	54140	Leitlinienkonforme Systemwahl	QI	Ratenbasiert	DeQS	Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt
HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	52139	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	QI	Ratenbasiert	DeQS	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)
HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	101800	Dosis-Flächen-Produkt	QI	Logistische Regression (O / E)	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnun- gsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HSMDEF- HSM-IMPL	Herzschritt- macher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	52305	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	QI	Raten- basiert	DeQS	Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten.
HSMDEF- HSM-IMPL	Herzschritt- macher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	Raten- basiert	DeQS	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt
HSMDEF- HSM-IMPL	Herzschritt- macher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	52311	Sondendislokation oder - dysfunktion	QI	Raten- basiert	DeQS	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers
HSMDEF- HSM-IMPL	Herzschritt- macher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	101802	Zugang über die Vena subclavia beim Verschieben der Sonden	TKez	Raten- basiert	DeQS	Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzenvorgeschoben
HSMDEF- HSM-IMPL	Herzschritt- macher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	51191	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HSMDEF- HSM-AGGW	Herzschritt- macher- Aggregatwechsel	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)	52307	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	QI	Raten- basiert	DeQS	Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HSMDEF-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)	111801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	Ratenbasiert	DeQS	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt
HSMDEF-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers	121800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	Ratenbasiert	DeQS	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt
HSMDEF-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers	52315	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	QI	Ratenbasiert	DeQS	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers
HSMDEF-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers	51404	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	50055	Leitlinienkonforme Indikation	QI	Ratenbasiert	DeQS	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	QI	Ratenbasiert	DeQS	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen
HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	52131	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechslern	QI	Ratenbasiert	DeQS	Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird
HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	131801	Dosis-Flächen-Produkt	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	52316	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	QI	Ratenbasiert	DeQS	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten
HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	131802	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	Ratenbasiert	DeQS	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	52325	Sondendislokation oder -dysfunktion	QI	Ratenbasiert	DeQS	Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	131803	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	51186	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HSMDEF-DEFI-AGGW	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird	52321	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	QI	Ratenbasiert	DeQS	Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
HSMDEF-DEFI-AGGW	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird	141800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	Ratenbasiert	DeQS	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
HSMDEF-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	Ratenbasiert	DeQS	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HSMDEF-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	52324	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	QI	Ratenbasiert	DeQS	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)
HSMDEF-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	51196	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	603	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offenchirurgisch	QI	Ratenbasiert	DeQS	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	604	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offenchirurgisch	QI	Ratenbasiert	DeQS	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offenchirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	QI	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	11704	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	11724	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch	TKez	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	605	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	Raten-basiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	606	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	Raten-basiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnun- gsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
KAROTIS	Karotis- Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51859	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	Raten- basiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind
KAROTIS	Karotis- Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51437	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	QI	Raten- basiert	DeQS	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
KAROTIS	Karotis- Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51443	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	QI	Raten- basiert	DeQS	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
KAROTIS	Karotis- Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51873	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
KAROTIS	Karotis- Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51865	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	TKez	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51445	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51448	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51860	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	161800	Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit	QI	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS / PlanQI	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung	QI	Ratenbasiert	DeQS / PlanQI	Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	QI	Ratenbasiert	DeQS / PlanQI	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	60685	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	QI	Ratenbasiert	DeQS	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	172000_10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	172001_10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	60686	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	QI	Ratenbasiert	DeQS	Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	QI	Ratenbasiert	DeQS	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	QI	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasen Katheter
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	QI	Ratenbasiert	DeQSI	Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	QI	Ratenbasiert	DeQS / PlanQI	Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	52249	Kaiserschnittgeburt	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182000_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 1	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182001_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 2	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182002_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 3	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182003_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 4	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182004_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 5	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten mindestens ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182005_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 6	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182006_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 7	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182007_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 8	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182008_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 9	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182009_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 10	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	QI	Ratenbasiert	DeQS / PlanQI	Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	321	Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnun- gsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	51397	Azidose bei reifen Einlingen	TKez	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	QI	Raten- basiert	DeQS / PlanQI	Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS / PlanQI	Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	51808_5 1803	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an verstorbenen Kindern	KKez	Logistische Regression ( O / E )	DeQS / PlanQI	Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	51813_5 1803	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5	KKez	Logistische Regression ( O / E )	DeQS / PlanQI	Neugeborene, die sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	51818_5 1803	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Base Excess unter - 16	KKez	Logistische Regression ( O / E )	DeQS / PlanQI	Neugeborene, die sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	51823_5 1803	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)	KKez	Logistische Regression ( O / E )	DeQS / PlanQI	Neugeborene, die sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	181801_ 181800	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten	KKez	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	181802_ 181800	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad IV bei vaginal-operativen Einlingsgeburten	KKez	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der vaginal-operativen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)
HGV-OSFRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	54030	Präoperative Verweildauer	QI	Ratenbasiert	DeQS	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HGV-OSFRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	54050	Sturzprophylaxe	QI	Ratenbasiert	DeQS	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
HGV-OSFRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HGV-OSFRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	QI	Ratenbasiert	DeQS	Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)
HGV-OSFRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HGV-OSFRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	54046	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	TKez	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QI	Rate-basiert	DeQS	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	Raten-basiert	DeQS	Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54003	Präoperative Verweildauer	QI	Raten-basiert	DeQS	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54004	Sturzprophylaxe	QI	Raten-basiert	DeQS	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QI	Raten-basiert	DeQS	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	Ratenbasiert	DeQS	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	Ratenbasiert	DeQS	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QI	Ratenbasiert	DeQS	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	191800_54120	Implantatassoziierte Komplikationen	KKez	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. eine Implantatfehlage, periprotetische Fraktur oder Endoprothesenluxation), die direkt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	191801_54120	Weichteilkomplikationen	KKez	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. eine postoperative Wundinfektion, Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wund-hämatom), die direkt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	191914	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur	TKez	Logistische Regression (O / E)	DeQS	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
KEP	Knieendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54020	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation	QI	Ratenbasiert	DeQS	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
KEP	Knieendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54021	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese	QI	Ratenbasiert	DeQS	Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
KEP	Knieendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54022	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	Ratenbasiert	DeQS	Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
KEP	Knieendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54123	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	QI	Ratenbasiert	DeQS	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnun- gsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
KEP	Knieendoprothese nversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	50481	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	Raten- basiert	DeQS	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
KEP	Knieendoprothese nversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54124	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen- Erstimplantation	QI	Raten- basiert	DeQS	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
KEP	Knieendoprothese nversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54125	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	Raten- basiert	DeQS	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
KEP	Knieendoprothese nversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54028	Gehunfähigkeit bei Entlassung	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
KEP	Knieendoprothese nversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54127	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen- Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	Raten- basiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	QI	Raten- basiert	DeQS	Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	QI	Ratenbasiert	DeQS / PlanQI	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	QI	Ratenbasiert	DeQS / PlanQI	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	2163	Primäre Axilladisektion bei DCIS	QI	Ratenbasiert	DeQS / PlanQI	Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	QI	Ratenbasiert	DeQS	Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	QI	Ratenbasiert	DeQS	Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	QI	Ratenbasiert	DeQS	Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	60659	Nachresektionsrate	QI	Ratenbasiert	DeQS	Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	QI	Ratenbasiert	DeQS	Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen
DEK	Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
DEK	Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	52326	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2	TKez	Quote	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
DEK	Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	521801	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3	TKez	Quote	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
DEK	Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	521800	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet	TKez	Quote	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben.
DEK	Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	QI	Quote	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	QI	Ratenbasiert	DeQS	Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen)
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51832	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51837	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen	TKez	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen;berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51076	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Schwerwiegende Hirnblutung (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50050	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)	TKez	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Schwerwiegenden Hirnblutung(berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51838	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Schwerwiegende Schädigung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51843	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)	TKez	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51079	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)	TKez	Raten-basiert	DeQS	Schwerwiegende Schädigung der Lunge (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50053	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	TKez	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51078	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)	TKez	Raten-basiert	DeQS	Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50052	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	TKez	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut der Auges(berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51136_5 1901	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen	KKez	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Frühgeborene, die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51141_5 1901	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)	KKez	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Frühgeborene, die eine schwerwiegende Hirnblutung hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51146_5 1901	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)	KKez	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Frühgeborene, die eine eine schwerwiegende Schädigung des Darms hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51156_5 1901	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	KKez	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Frühgeborene, die eine schwerwiegende Schädigung der Lunge hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51161_5 1901	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	KKez	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Frühgeborene, die eine schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50060	Nosokomiale Infektion	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Im Krankenhaus erworbene Infektionen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Beatmete Kinder mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	222000_ 50062	Keine Punktion oder Drainage des Pneumothorax	EKez	Raten-basiert	DeQS	Keine Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	222001_ 50062	Behandlung des Pneumothorax mit Einmalpunktion	EKez	Raten-basiert	DeQS	Einmalige Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	222002_50062	Behandlung des Pneumothorax mit mehreren Punktionen oder Pleuradrainage	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Mehrfache Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	52262	Zunahme des Kopfumfanges	QI	Ratenbasiert	DeQS	Wachstum des Kopfes
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50063	Durchführung eines Hörtests	QI	Ratenbasiert	DeQS	Ein Hörtest wurde durchgeführt
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Sehr kleine Frühgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	QI	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Lebendgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	QI	Ratenbasiert	DeQS	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	232000_2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	232001_2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	232002_2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	QI	Ratenbasiert	DeQS	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	232003_2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID-19-Fälle)	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden).
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	QI	Ratenbasiert	DeQS	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	232004_2013	Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	QI	Ratenbasiert	DeQS	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	232005_2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	232006_2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	232008_231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt).
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Logistische Regression (O / E)	DeQS	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungs-bereich-ID	Leistungs-bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	232007_50778	Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle)	EKez	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	232010_50778	Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)	EKez	Logistische Regression ( O / E )	DeQS	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde.
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	QI	Ratenbasiert	DeQS	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	232009_50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

**Tabelle B:**

**Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen / Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen mit eingeschränkter methodischer Eignung**

[leer]

**Tabelle C:****Vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen**

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
CHE	Cholezystektomie	Entfernung der Gallenblase	58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
CHE	Cholezystektomie	Entfernung der Gallenblase	58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
CHE	Cholezystektomie	Entfernung der Gallenblase	58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
CHE	Cholezystektomie	Entfernung der Gallenblase	58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
CHE	Cholezystektomie	Entfernung der Gallenblase	58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QI	DeQS
CHE	Cholezystektomie	Entfernung der Gallenblase	58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
CHE	Cholezystektomie	Entfernung der Gallenblase	58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	QI	DeQS
KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird	382001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird	382002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	TKez	DeQS
KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird	382003	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird	382004	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres	QI	DeQS

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird	382007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird	382008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird	372002	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird	372003	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird	372004	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird	372007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird	372008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-HK-CHIR	Offen-chirurgische kombinierte Herzklappeneingriffe	Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	412000	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe	QI	DeQS
KCHK-HK-CHIR	Offen-chirurgische kombinierte Herzklappeneingriffe	Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	412001	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts	QI	DeQS
KCHK-HK-CHIR	Offen-chirurgische kombinierte Herzklappeneingriffe	Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	412002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	DeQS

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
KCHK-HK-CHIR	Offen-chirurgische kombinierte Herzklappeneingriffe	Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	412016	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	DeQS
KCHK-HK-CHIR	Offen-chirurgische kombinierte Herzklappeneingriffe	Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	412003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-HK-CHIR	Offen-chirurgische kombinierte Herzklappeneingriffe	Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	412004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QI	DeQS
KCHK-HK-CHIR	Offen-chirurgische kombinierte Herzklappeneingriffe	Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	412005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QI	DeQS

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
KCHK-HK-CHIR	Offen-chirurgische kombinierte Herzklappeneingriffe	Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	412006	Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff	QI	DeQS
KCHK-HK-CHIR	Offen-chirurgische kombinierte Herzklappeneingriffe	Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	412007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-HK-CHIR	Offen-chirurgische kombinierte Herzklappeneingriffe	Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	412008	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-HK-CHIR	Offen-chirurgische kombinierte Herzklappeneingriffe	Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	412009	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres nach einem Eingriff	QI	DeQS

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
KCHK-HK-CHIR	Offen-chirurgische kombinierte Herzklappeneingriffe	Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	412010	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-HK-CHIR	Offen-chirurgische kombinierte Herzklappeneingriffe	Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	412011	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-HK-CHIR	Offen-chirurgische kombinierte Herzklappeneingriffe	Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	412014	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-HK-CHIR	Offen-chirurgische kombinierte Herzklappeneingriffe	Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	412015	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	DeQS

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
KCHK-HK-CHIR	Offen-chirurgische kombinierte Herzklappeneingriffe	Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	412012	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	DeQS
KCHK-HK-CHIR	Offen-chirurgische kombinierte Herzklappeneingriffe	Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	412013	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	DeQS
KCHK-HK-KATH	Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe	Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben	422000	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe	QI	DeQS
KCHK-HK-KATH	Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe	Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben	422001	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts	QI	DeQS

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
KCHK-HK-KATH	Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe	Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben	422002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	DeQS
KCHK-HK-KATH	Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe	Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben	422016	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	DeQS
KCHK-HK-KATH	Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe	Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben	422003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
KCHK-HK-KATH	Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe	Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben	422004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QI	DeQS
KCHK-HK-KATH	Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe	Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben	422005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QI	DeQS
KCHK-HK-KATH	Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe	Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben	422006	Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff	QI	DeQS

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
KCHK-HK-KATH	Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe	Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben	422007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-HK-KATH	Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe	Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben	422008	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-HK-KATH	Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe	Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben	422009	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres	QI	DeQS

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
KCHK-HK-KATH	Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe	Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben	422010	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-HK-KATH	Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe	Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben	422011	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-HK-KATH	Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe	Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben	422014	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
KCHK-HK-KATH	Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe	Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben	422015	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-HK-KATH	Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe	Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben	422012	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	DeQS
KCHK-HK-KATH	Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe	Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben	422013	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	DeQS
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft	352001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft	352002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	TKez	DeQS
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft	352003	Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft	352004	PCI innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft	352005	PCI innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft	352008	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft	352009	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362001	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe	QI	DeQS
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362002	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	QI	DeQS

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362003	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts	QI	DeQS
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362004	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	DeQS
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362022	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	DeQS
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362005	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362006	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QI	DeQS

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362007	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QI	DeQS
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362008	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	TKez	DeQS
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362009	Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff	QI	DeQS
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362010	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362011	Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362012	PCI innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362013	PCI innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362014	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362015	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362016	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362017	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362020	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362021	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362018	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	DeQS
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362019	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	DeQS
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	402000	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe	QI	DeQS

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	402001	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts	QI	DeQS
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	402002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	DeQS
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	402014	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	DeQS
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	402003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	402004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QI	DeQS
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	402005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QI	DeQS

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	402006	Erreichen des Eingriffsziels nach einem Mitralklappeneingriff	QI	DeQS
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	402007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	402008	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	402009	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	402012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	402013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	DeQS

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	402010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	DeQS
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	402011	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	DeQS
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	392000	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe	QI	DeQS
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	392001	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts	QI	DeQS
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	392002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	DeQS

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs-bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	392014	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	DeQS
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	392003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	392004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QI	DeQS
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	392005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QI	DeQS
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	392006	Erreichen des Eingriffsziels nach einem Mitralklappeneingriff	QI	DeQS

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs-bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	392007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	392008	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	392009	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	392012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	392013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	DeQS

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	392010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	DeQS
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	392011	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen)	572001	Aufklärung über Behandlungsoptionen	QI	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen)	572048	Aufklärung über Behandlungsoptionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen)	572003	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung	QI	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen)	572050	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen)	572004	Katheterzugang bei Hämodialyse	QI	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen)	572051	Katheterzugang bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	DeQS

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen)	572005	Dialysefrequenz pro Woche	QI	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen)	572052	Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen)	572006	Dialysedauer pro Woche	QI	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen)	572053	Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen)	572007	Ernährungsstatus	TKez	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen)	572054	Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen)	572008	Anämiemanagement	TKez	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen)	572055	Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen)	572009	Hospitalisierung aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse	QI	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen)	572056	Hospitalisierung aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	DeQS

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen)	572010	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	QI	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen)	572057	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen)	572011	1-Jahres-Überleben	TKez	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen)	572058	1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	DeQS
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	QI	DeQS
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	QI	DeQS
PCI	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	QI	DeQS
PCI	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	QI	DeQS
PCI	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	QI	DeQS
PCI	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	QI	DeQS
PCI	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)	QI	DeQS

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
PCI	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)	QI	DeQS
WI-HI-A	Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (ambulant) - Verfahren in Erprobung	Vermeidung von Wundinfektionen, die im Zusammenhang mit ambulanten Operationen erworben werden	1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	QI	DeQS
WI-NI-A	Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (ambulant) - Verfahren in Erprobung	Vermeidung von Wundinfektionen, die im Zusammenhang mit ambulanten Operationen erworben werden	1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	QI	DeQS
WI-NI-A	Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (ambulant) - Verfahren in Erprobung	Vermeidung von Wundinfektionen, die im Zusammenhang mit ambulanten Operationen erworben werden	1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	QI	DeQS
WI-NI-A	Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (ambulant) - Verfahren in Erprobung	Vermeidung von Wundinfektionen, die im Zusammenhang mit ambulanten Operationen erworben werden	1502	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	QI	DeQS
WI-NI-A	Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (ambulant) - Verfahren in Erprobung	Vermeidung von Wundinfektionen, die im Zusammenhang mit ambulanten Operationen erworben werden	1503	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	QI	DeQS

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
WI-NI-A	Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (ambulant) - Verfahren in Erprobung	Vermeidung von Wundinfektionen, die im Zusammenhang mit ambulanten Operationen erworben werden	332000	Das QS-Verfahren befindet sich in Erprobung. Die Funktionalität wird geprüft und optimiert.	TKez	DeQS
WI-HI-S	Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (stationär) - Verfahren in Erprobung	Vermeidung von Wundinfektionen, die im Zusammenhang mit stationären Operationen im Krankenhaus erworben werden	2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	QI	DeQS
WI-NI-S	Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (stationär) - Verfahren in Erprobung	Vermeidung von Wundinfektionen, die im Zusammenhang mit stationären Operationen im Krankenhaus erworben werden	2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	QI	DeQS
WI-NI-S	Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (stationär) - Verfahren in Erprobung	Vermeidung von Wundinfektionen, die im Zusammenhang mit stationären Operationen im Krankenhaus erworben werden	2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	QI	DeQS
WI-NI-S	Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (stationär) - Verfahren in Erprobung	Vermeidung von Wundinfektionen, die im Zusammenhang mit stationären Operationen im Krankenhaus erworben werden	2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	QI	DeQS

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
WI-NI-S	Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (stationär) - Verfahren in Erprobung	Vermeidung von Wundinfektionen, die im Zusammenhang mit stationären Operationen im Krankenhaus erworben werden	2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	QI	DeQS
WI-NI-S	Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (stationär) - Verfahren in Erprobung	Vermeidung von Wundinfektionen, die im Zusammenhang mit stationären Operationen im Krankenhaus erworben werden	2504	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	QI	DeQS
WI-NI-S	Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (stationär) - Verfahren in Erprobung	Vermeidung von Wundinfektionen, die im Zusammenhang mit stationären Operationen im Krankenhaus erworben werden	2505	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	QI	DeQS
WI-NI-S	Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (stationär) - Verfahren in Erprobung	Vermeidung von Wundinfektionen, die im Zusammenhang mit stationären Operationen im Krankenhaus erworben werden	342000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	TKez	DeQS
HSMDEF-HSM- IMPL	Herzschrittmacher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	54143	Systeme 3. Wahl	QI	DeQS
HSMDEF-HSM- IMPL	Herzschrittmacher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	102001	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	QI	DeQS
HSMDEF-DEFI- IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	132003	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	QI	DeQS
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	TKez	DeQS

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182010	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	TKez	DeQS
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182011	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	TKez	DeQS
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182014	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	TKez	DeQS
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54010	Beweglichkeit bei Entlassung	TKez	DeQS
KEP	Knieendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54026	Beweglichkeit bei Entlassung	TKez	DeQS
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	QI	DeQS
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	QI	DeQS
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	QI	DeQS
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	QI	DeQS
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51077	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)	TKez	DeQS
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50051	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)	TKez	DeQS

**Tabelle D:**  
**Übersicht über die Leistungsbereiche im Richtlinienkontext (der zu veröffentlichen Erfassungsmodule und Zählleistungsbereiche)**

DeQs-Richtlinie	Datenerfassung				Auswertung	
	Basis C-1.1 im Qualitätsbericht				Basis C-1.2 im Qualitätsbericht	
QS-Verfahren/Leistungsbereich nach Richtlinie	Erfassung (Spezifikationsmodul)	Sollstatistik (Kürzel)	Sollstatistik (Bezeichnung)	Teilmenge Zählleistungsbereich (ZLB) <sup>1</sup>	Auswertungsmodul (Kürzel)	Auswertungsmodul (Langform)
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	PCI (Dokumentation)	PCI-LKG	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)	-	PCI	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen	PNTX (Dokumentation)	PNTX	Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation	-	NET-NTX	Nierentransplantation
					NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation
	PNTXFU_De QS	-	-	-	NET-NTX	Nierentransplantation
					NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation
Transplantationsmedizin	HTXM	HTXM	Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	HTXM_MKU (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)	TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
				HTXM_TX (Herztransplantation)	HTX-HTX	Herztransplantation
	HTXFU	-	-	-		
	LTX	LTX	Lebertransplantation	-		
	LTXFU	-	-	-	TX-LTX	Lebertransplantation

<sup>1</sup> Die Summe der Zählleistungsbereiche ist jeweils mindestens so groß wie die Fallzahl des dazugehörigen Moduls

DeQs-Richtlinie	Datenerfassung				Auswertung	
	Basis C-1.1 im Qualitätsbericht				Basis C-1.2 im Qualitätsbericht	
QS-Verfahren/Leistungsbereich nach Richtlinie	Erfassung (Spezifikationsmodul)	Sollstatistik (Kürzel)	Sollstatistik (Bezeichnung)	Teilmenge Zählleistungsbereich (ZLB) <sup>1</sup>	Auswertungsmodul (Kürzel)	Auswertungsmodul (Langform)
	LLS	LLS	Leberlebenspende	-	TX-LLS	Leberlebenspenden
	LLSFU	-	-	-		
	LUTX	LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	-	TX-LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen
	LUTXFU	-	-	-		
	NLS	NLS	Nierenlebenspende	-	TX-NLS	Nierenlebenspenden
	NLSFU	-	-	-		
Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen	HCH (Dokumentation)	HCH	Herzchirurgie	HCH_KC (Koronarchirurgische Operation)	KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie
				HCH_AK_KATH (Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe)	KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe
				HCH_AK_CHIR (Offen-chirurgische Aortenklappeneingriffe)	KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe
Karotis-Revaskularisation	10/2	10/2	Karotis-Revaskularisation	-	KAROTIS	Karotis-Revaskularisation

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

DeQs-Richtlinie	Datenerfassung				Auswertung	
	Basis C-1.1 im Qualitätsbericht				Basis C-1.2 im Qualitätsbericht	
QS-Verfahren/Leistungsbereich nach Richtlinie	Erfassung (Spezifikationsmodul)	Sollstatistik (Kürzel)	Sollstatistik (Bezeichnung)	Teilmenge Zählleistungsbereich (ZLB) <sup>1</sup>	Auswertungsmodul (Kürzel)	Auswertungsmodul (Langform)
Ambulant erworbene Pneumonie	PNEU	PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	-	CAP	Ambulant erworbene Pneumonie
Mammachirurgie	18/1	18/1	Mammachirurgie	-	MC	Mammachirurgie
Gynäkologische Operationen	15/1	15/1	Gynäkologische Operationen	-	GYN-OP	Gynäkologische Operationen
Dekubitusprophylaxe	DEK	DEK	Dekubitusprophylaxe	-	DEK	Dekubitusprophylaxe
Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren	09/1	09/1	Herzschrittmacher-Implantation	-	HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation
	09/2	09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	-	HSMDEF-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
	09/3	09/3	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	-	HSMDEF-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
	09/4	09/4	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	-	HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation
	09/5	09/5	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	-	HSMDEF-DEFI-AGGW	Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel
	09/6	09/6	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	-	HSMDEF-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation
Perinatalmedizin	16/1	16/1	Geburtshilfe	-	PM-GEBH	Geburtshilfe
	NEO	NEO	Neonatologie	-	PM-NEO	Neonatologie
Hüftgelenkversorgung	HEP	HEP	Hüftendoprothesenversorgung	HEP_WE (Hüftendoprothetik: Wechsel und	HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung

BAnz AT 29.07.2022 B2  
 Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021

DeQs-Richtlinie	Datenerfassung				Auswertung	
	Basis C-1.1 im Qualitätsbericht				Basis C-1.2 im Qualitätsbericht	
QS-Verfahren/Leistungsbereich nach Richtlinie	Erfassung (Spezifikationsmodul)	Sollstatistik (Kürzel)	Sollstatistik (Bezeichnung)	Teilmenge Zählleistungsbereich (ZLB) <sup>1</sup>	Auswertungsmodul (Kürzel)	Auswertungsmodul (Langform)
				Komponentenwechsel		
				HEP_IMP (Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation)		
	17/1	17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	-	HGV-OSFRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Knieendoprothesenversorgung	KEP	KEP	Knieendoprothesenversorgung	KEP_WE (Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel)	KEP	Knieendoprothesenversorgung
				KEP_IMP (Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation)		

## **Anhang 4 zur Anlage Plausibilisierungsregeln für das Berichtsjahr 2021**

### **Hintergrund**

Die Plausibilisierung der Daten gemäß § 9 Qb-R dient der Qualitätssicherung des Verfahrens zur Erstellung und Lieferung der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Damit soll sichergestellt werden, dass die Inhalte der gelieferten Dateien den Spezifikationen der Anlage der Qb-R entsprechen.

Die Schemaprüfung gemäß § 9 Absatz 1 Qb-R ist der Plausibilisierung vorangestellt und prüft im Wesentlichen Format- und Wertebereiche innerhalb der XML-Struktur. Damit bleiben mögliche inhaltliche Inkonsistenzen oder Auffälligkeiten unentdeckt. Ziel der Plausibilisierung gemäß § 9 Absatz 2 Qb-R ist es, dass möglichst viele dieser Unstimmigkeiten noch vor dem Upload der Berichtsteile bei der Annahmestelle Qb durch ihre jeweilige übermittelnde Stelle geprüft und beseitigt werden können.

Hierzu wird vom G-BA ein internetbasierter Plausibilisierungsdienst bereitgestellt. Dieser Dienst ist technisch in den Annahmeprozess der Annahmestelle Qb integriert. Um die Plausibilisierung bereits während der Datenerfassung zu ermöglichen, ist der Plausibilisierungsdienst für die übermittelnden Stellen im Zeitraum gemäß § 9 Absatz 2 Satz 2 Qb-R zugänglich.

### **Grundsätzliches zur Umsetzung**

Voraussetzung für die Umsetzung des Plausibilisierungsdienstes ist die Definition und nachvollziehbare Dokumentation der für das jeweilige Berichtsjahr verbindlichen Prüfungen in Form von Plausibilisierungsregeln. Dies erfolgt in dem vorliegenden Anhang 4 der Anlage der Qb-R gemäß den Vorgaben in § 9 Qb-R.

Jeder Plausibilisierung ist immer die Schemaprüfung vorangestellt. Erst wenn diese erfolgreich durchlaufen ist und damit eine formale Korrektheit des Datensatzes festgestellt wurde, wird der Plausibilisierungsdienst ausgeführt. Bei Fehlern im Datenschema endet der Prüfprozess mit einer entsprechenden Fehlermeldung aus der Schemaprüfung.

Das Regelwerk zur Plausibilisierung wird, im Sinne eines lernenden Systems, kontinuierlich weiterentwickelt. Dabei werden Regeln, die erstmalig zum Einsatz kommen oder überarbeitet wurden explizit als „Pilot-Regeln“ gekennzeichnet.

### **Darstellung der Regeln**

Die Darstellung der Regeln in diesem Anhang folgt folgender Struktur:

#### Nummer

Jeder Regel wird chronologisch eine Nummer zugeordnet. Diese dient der schnellen und eindeutigen Referenzierung einer Regel. Bereits vergebene Nummern werden auch bei Aufhebung einer Regel nicht erneut vergeben.

#### Titel der Regel

Ein möglichst nachvollziehbarer Kurzname, der eine erste Vorstellung von der Art der Prüfung vermittelt.

### Regelkategorie

Regeln eines grundsätzlichen Typs bilden eine Kategorie. Auf diese Weise lassen sich Regelgruppen bilden und prüfen, ob diese konsistent angelegt sind und es gegebenenfalls weitere Anwendungsbereiche für die jeweilige Kategorie gibt.

### Beschreibung

Eine kurze, nicht technische Verbal-Darstellung des Plausibilisierungsziels.

### Berichtsteil

Ort oder Orte der Ausführung einer Regel innerhalb des Berichts und seiner Teile. Die Referenzierung erfolgt analog zur Kapitelsystematik in der Anlage der Qb-R.

### Prüfklasse und Folgen des Nichthandelns

Es werden drei Prüfklassen unterschieden:

**„weich“:** Die übermittelnde Stelle erhält eine Rückmeldung über eine Regelabweichung (Fehlermeldung) inklusive einer Handlungsanweisung. Die übermittelnde Stelle entscheidet selbst, ob eine Korrektur der Daten notwendig ist. Die Annahme des entsprechenden Berichtsteils bei der Annahmestelle Qb erfolgt auch dann, wenn die Daten nicht geändert wurden.

**„hart“:** Die übermittelnde Stelle erhält eine Rückmeldung über eine Regelabweichung (Fehlermeldung) inklusive einer Handlungsanweisung. Die Annahme des Berichtsteils durch die Annahmestelle Qb kann nur nach regelkonformer Korrektur der Daten erfolgen.

**„Pilot“:** Diese Prüfklasse enthält neue oder überarbeitete Regeln, deren Wirkung im Einführungsjahr der Regel getestet werden soll. Die übermittelnde Stelle erhält eine Rückmeldung über eine Regelabweichung (Fehlermeldung) inklusive einer Handlungsanweisung. Sie entscheidet selbst, ob eine Korrektur der Daten notwendig ist. Die Annahme des entsprechenden Berichtsteils bei der Annahmestelle Qb erfolgt auch dann, wenn die Daten nicht geändert wurden. Aus „Pilot-Regeln“ können im Folgejahr „harte“ oder „weiche“ Regeln werden, sie können aufgehoben oder überarbeitet werden. Sofern eine Überarbeitung erfolgt, können sie im Folgejahr erneut als „Pilot-Regel“ angewendet oder als „harte“ bzw. „weiche“ Regel eingeführt werden.

### Fehlermeldung

Im Fall einer Abweichung von der Regel erhält die übermittelnde Stelle eine Beschreibung des Fehlers bzw. im Rahmen einer „weichen“ Regel den Hinweis auf eine Auffälligkeit. Die konkreten Abweichungen werden automatisiert und analog zur definierten Prüflogik vom Plausibilisierungsdienst angezeigt. Dabei erhält die übermittelnde Stelle auch erste Hinweise zu den Datenfeldern, die gegebenenfalls korrigiert werden müssen.

### Handlungsanweisungen

Basierend auf der Fehlermeldung erhält die übermittelnde Stelle weitergehende Hinweise zu den Handlungsoptionen. Diese werden für jede Regelkategorie formuliert und automatisiert durch den Plausibilisierungsdienst ausgegeben.

### Implementierungsvorschrift

Jede Regel wird auch „technisch“, d. h. mit konkretem Bezug zu den jeweils heranzuziehenden XML-Elementen gemäß Anhang 1 der Anlage der Qb-R beschrieben. Dies ergänzt die Verbalbeschreibung und soll es insbesondere Softwareherstellern ermöglichen, die

Plausibilisierung direkt in ihren Systemen zur Erfassung der Qualitätsberichtsdaten zu implementieren.

**Weitere verwendete Begriffe und ihre Definition:**

>Datenplatzhalter<

Bei diesem Wert handelt es sich um einen Wert, der direkt aus dem Bericht entnommen wird oder aus einer Plausibilisierungsprüfung hervorgeht. Dieser dient der besseren Verständlichkeit von Fehlermeldungen und Handlungsanweisungen.

XML-Element/XML-Pfad:

Bei dieser Zeichenkette handelt es sich um eine eindeutige Kennzeichnung eines bestimmten XML-Elementes in der XML-Datei. XML-Elemente werden in Fehlermeldungen verwendet, um die eindeutigen Fehlerstellen zu referenzieren.

# Anlage 2 zum Beschluss

BAnz AT 29.07.2022 B2

Nummer	Titel der Regel	Regelkategorie	Beschreibung	Berichtsteil	Prüfklasse	Fehlermeldung	Handlungsanweisung	Implementierungsvorschrift
2	Zulässige OPS-Codes	Überprüfung von Listenelementangaben unter Vorgaben des BfAM	Diese Regel überprüft, dass die angegebenen OPS-Codes valide sind und in der entsprechenden Liste von OPS-Codes enthalten sind.	B-X.7	Weich	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der angegebene OPS-Code &lt;Datenplatzhalter_für OPS-Code&gt; stammt aus dem vorherigen Berichtsjahr, ist aber im aktuellen Berichtsjahr nicht mehr gültig. Wenn es sich hierbei um einen Überlieger handelt, kann diese Meldung ignoriert werden.</li> <li>Der angegebene OPS-Code &lt;Datenplatzhalter_für OPS-Code&gt; ist nicht gültig.</li> </ul>	<p>Es sind ausschließlich Elemente des OPS-Kataloges des zugehörigen Berichtsjahres und bei Überliegern des Vorjahres erlaubt. Bitte prüfen Sie den OPS-Code &lt;Datenplatzhalter_für OPS-Code&gt; und ersetzen Sie ihn ggf. durch einen gültigen OPS-Code.</p>	<p>Es wird nach allen Elementen</p> <p>&gt;Prozeduren/Verpflichtende_Angabe/Prozedur/OPS_301&lt; sowie</p> <p>&gt;Prozeduren/Freiwillige_Angabe/Prozedur/OPS_301&lt; unter</p> <p>&gt;Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung&lt;sucht. Alle gefundenen Elemente werden mit den durch das BfAM vorgegebenen gültigen OPS-Codes des aktuellen Berichtsjahres (<a href="https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2021/">https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2021/</a>) verglichen. Wenn ein im Bericht angegebener Code nicht in der offiziellen Beschreibung gefunden werden konnte, wird zusätzlich ein Vergleich mit der OPS-Code-Liste des Berichtsvorjahres vorgenommen. Erst wenn beide Vergleiche kein positives Ergebnis hervorbrachten, gilt der Test als nicht bestanden.</p> <p>Es wird nach allen Elementen</p>
3	Zulässige ICD-10-GM-Codes	Überprüfung von Listenelementangaben unter Vorgaben des BfAM	Diese Regel überprüft, dass die angegebenen ICD-Codes (mit Anpassungen für Deutschland) valide sind und in der entsprechenden Liste von ICD-Codes enthalten sind.	B-X.6	Weich	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der angegebene ICD-Code &lt;Datenplatzhalter_für ICD-Code&gt; stammt aus dem vorherigen Berichtsjahr, ist aber im aktuellen Berichtsjahr nicht mehr gültig. Wenn es sich hierbei um einen Überlieger handelt, kann diese Meldung ignoriert werden.</li> <li>Der angegebene ICD-Code &lt;Datenplatzhalter_für ICD-Code&gt; ist nicht gültig.</li> </ul>	<p>Es sind ausschließlich Elemente des ICD-Kataloges des zugehörigen Berichtsjahres und bei Überliegern des Vorjahres erlaubt. Bitte prüfen Sie den ICD-Code &lt;Datenplatzhalter&gt; und ersetzen Sie ihn ggf. durch einen gültigen ICD-Code.</p>	<p>Es wird nach allen Elementen</p> <p>&gt;Hauptdiagnosen/Hauptdiagnose/ICD_10&lt; unter</p> <p>&gt;Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung&lt;sucht. Alle gefundenen Elemente werden mit den durch das BfAM vorgegebenen gültigen ICD-Codes des aktuellen Berichtsjahres (<a href="https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2021/">https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2021/</a>) verglichen. Wenn ein im Bericht angegebener Code nicht in der offiziellen Beschreibung gefunden werden konnte, wird zusätzlich ein Vergleich mit der ICD-Code-Liste des Berichtsvorjahres vorgenommen. Erst wenn beide Vergleiche kein positives Ergebnis hervorbrachten, gilt der Test als nicht bestanden.</p> <p>Für jede Fachabteilung</p>
5	Anzahl der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger" des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.	<p>Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger. Die Werteangaben in den</p> <p>&gt;Organisationseinheiten/Fachabteilungen&lt; dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.</p>	<p>Für jede Fachabteilung</p> <p>&gt;Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung&lt; wird überprüft, ob der Wert</p> <p>&gt;Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekräfte/Gesundheitskrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK&lt; gegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter</p> <p>&gt;Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Gesundheitskrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK&lt;</p>
6	Anzahl der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger" des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.	<p>Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger. Die Werteangaben in den</p> <p>&gt;Organisationseinheiten/Fachabteilungen&lt; dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten</p>	<p>Für jede Fachabteilung</p> <p>&gt;Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung&lt; wird überprüft, ob der Wert</p> <p>&gt;Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekräfte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK&lt; gegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter</p> <p>&gt;Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK&lt;</p>
7	Anzahl der Altenpflegerinnen und Altenpfleger	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Altenpflegerinnen und Altenpfleger innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Altenpflegerinnen und Altenpfleger aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Altenpflegerinnen und Altenpfleger" des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.	<p>Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Altenpflegerinnen und Altenpfleger. Die Werteangaben in den</p> <p>&gt;Organisationseinheiten/Fachabteilungen&lt; dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.</p>	<p>Für jede Fachabteilung</p> <p>&gt;Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung&lt; wird überprüft, ob der Wert</p> <p>&gt;Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekräfte/Altenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK&lt; gegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter</p> <p>&gt;Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Altenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK&lt;</p>
8	Anzahl der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten" des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.	<p>Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten. Die Werteangaben in den</p> <p>&gt;Organisationseinheiten/Fachabteilungen&lt; dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.</p>	<p>Für jede Fachabteilung</p> <p>&gt;Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung&lt; wird überprüft, ob der Wert</p> <p>&gt;Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekräfte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Anzahl_VK&lt; gegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter</p> <p>&gt;Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Anzahl_VK&lt;</p>
9	Anzahl der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Pflegehelferinnen und Pflegehelfer" des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.	<p>Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer. Die Werteangaben in den</p> <p>&gt;Organisationseinheiten/Fachabteilungen&lt; dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.</p>	<p>Für jede Fachabteilung</p> <p>&gt;Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung&lt; wird überprüft, ob der Wert</p> <p>&gt;Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekräfte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK&lt; gegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter</p> <p>&gt;Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK&lt;</p>
10	Anzahl der Hebammen/Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Hebammen/Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Hebammen/Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Hebammen/Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer" des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.	<p>Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Hebammen/Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer. Die Werteangaben in den</p> <p>&gt;Organisationseinheiten/Fachabteilungen&lt; dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.</p>	<p>Für jede Fachabteilung</p> <p>&gt;Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung&lt; wird überprüft, ob der Wert</p> <p>&gt;Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekräfte/Hebammen_Entbindungshelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK&lt; gegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter</p> <p>&gt;Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Hebammen_Entbindungshelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK&lt;</p>
11	Anzahl der operationstechnischen Assistenz	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der operationstechnischen Assistenzinnen und Assistenten innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der operationstechnischen Assistenzinnen und Assistenten aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Operationstechnischen Assistenz" des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.	<p>Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der operationstechnischen Assistenzinnen und Assistenten. Die Werteangaben in den</p> <p>&gt;Organisationseinheiten/Fachabteilungen&lt; dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.</p>	<p>Für jede Fachabteilung</p> <p>&gt;Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung&lt; wird überprüft, ob der Wert</p> <p>&gt;Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekräfte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Anzahl_VK&lt; gegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter</p> <p>&gt;Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Anzahl_VK&lt;</p>
12	Anzahl der medizinischen Fachangestellten	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der medizinischen Fachangestellten innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der medizinischen Fachangestellten aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Medizinischen Fachangestellten" des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.	<p>Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der medizinischen Fachangestellten. Die Werteangaben in den</p> <p>&gt;Organisationseinheiten/Fachabteilungen&lt; dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.</p>	<p>Für jede Fachabteilung</p> <p>&gt;Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung&lt; wird überprüft, ob der Wert</p> <p>&gt;Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekräfte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Anzahl_VK&lt; gegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter</p> <p>&gt;Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Anzahl_VK&lt;</p>



# Anlage 2 zum Beschluss

BAnz AT 29.07.2022 B2

20	Anzahl der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	Anzahl des Personals (berichtsstellbereichsfeld)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in Psychiatrie und Psychosomatik insgesamt der Summe der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen entspricht.	A-11.3, B-X.11.3	Weich	Die Anzahl <b>&lt;Datenplatzhalter&gt;</b> der "Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen" in Psychiatrie und Psychosomatik entspricht insgesamt nicht der Summe <b>&lt;Datenplatzhalter&gt;</b> der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.3 sowie B-X.11.3 bezüglich der Angabe der Anzahl der Vorkräfte der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen. Die Werteangaben in den  > <b>Organisationseinheiten/Fachabteilungen</b> <-müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen.	Für jede Fachabteilung  > <b>Qualitätsbericht/Organisationseinheiten, Fachabteilungen/Organisationseinheit, Fachabteilung</b> < wird überprüft, ob der Wert  > <b>Qualitätsbericht/Organisationseinheiten, Fachabteilungen/Organisationseinheit, Personelle, Ausstattung/Ausgewähltes, Therapeutisches, Personal, Psycho/Sozialpädagoginnen/Personalerfassung/Anzahl_VK&lt;</b> angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes, Therapeutisches, Personal, Psycho/Sozialpädagoginnen/Personalerfassung/Anzahl_VK</b> entspricht.
21	Anzahl der Ärztinnen und Ärzte ohne Belegärztinnen und Belegärzte (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Ärztinnen und Ärzten ohne Belegärztinnen und Belegärzte mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Ärztinnen und Ärzten ohne Belegärztinnen und Belegärzte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vorkräfte.	A-11.1	Hart	Die Felder  > <b>Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK&lt;</b> und > <b>Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK&lt;</b>  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte</b> <entsprechen in Summe nicht  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK&lt;</b>	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.1. Der Wert Anzahl Vorkräfte der Ärztinnen und Ärzte ohne Belegärztinnen und Belegärzte muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK</b> wird mit dem Wert  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK</b> summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK</b> ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
22	Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte ohne Belegärzte (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Fachärztinnen und Fachärzten ohne Belegärzte mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Fachärztinnen und Fachärzten ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vorkräfte.	A-11.1	Hart	Die Felder  > <b>Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK&lt;</b> und > <b>Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK&lt;</b>  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte</b> <entsprechen in Summe nicht  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK&lt;</b>	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.1. Der Wert Anzahl Vorkräfte der Fachärztinnen und Fachärzte ohne Belegärzte muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte/Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK</b> wird mit dem Wert  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte/Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK&lt;</b> summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK</b> ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
23	Anzahl der Ärztinnen und Ärzte ohne Fachabteilungsordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Ärztinnen und Ärzten ohne Fachabteilungsordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Ärztinnen und Ärzten ohne Fachabteilungsordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vorkräfte.	A-11.1	Hart	Die Felder  > <b>Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK&lt;</b> und > <b>Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK&lt;</b>  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungsordnung</b> <entsprechen in Summe nicht  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungsordnung/Personalerfassung/Anzahl_VK&lt;</b>	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.1. Der Wert Anzahl Vorkräfte der Ärztinnen und Ärzte ohne Fachabteilungsordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungsordnung/Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK</b> wird mit dem Wert  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungsordnung/Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK&lt;</b> summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungsordnung/Personalerfassung/Anzahl_VK</b> ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
24	Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte ohne Fachabteilungsordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Fachärztinnen und Fachärzten ohne Fachabteilungsordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Fachärztinnen und Fachärzten ohne Fachabteilungsordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vorkräfte.	A-11.1	Hart	Die Felder  > <b>Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK&lt;</b> und > <b>Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK&lt;</b>  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungsordnung/Fachaerzte</b> <entsprechen in Summe nicht  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungsordnung/Fachaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK&lt;</b>	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.1. Der Wert Anzahl Vorkräfte der Fachärztinnen und Fachärzte ohne Fachabteilungsordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungsordnung/Fachaerzte/Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK</b> wird mit dem Wert  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungsordnung/Fachaerzte/Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK&lt;</b> summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungsordnung/Fachaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK</b> ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
25	Anzahl der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpflegern mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpflegern ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vorkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder  > <b>Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK&lt;</b> und > <b>Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK&lt;</b>  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekrafte/Gesundheits_Krankenpfleger</b> <entsprechen in Summe nicht  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekrafte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK&lt;</b>	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vorkräfte der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekrafte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK</b> wird mit dem Wert  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekrafte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK</b> summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekrafte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK</b> ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
26	Anzahl der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger ohne Fachabteilungsordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpflegern ohne Fachabteilungsordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpflegern ohne Fachabteilungsordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vorkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder  > <b>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungsordnung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK&lt;</b> und > <b>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungsordnung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK&lt;</b>  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekrafte/Gesundheits_Krankenpfleger</b> <entsprechen in Summe nicht  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekrafte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungsordnung/Anzahl_VK&lt;</b>	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vorkräfte der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger ohne Fachabteilungsordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekrafte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungsordnung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK</b> wird mit dem Wert  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekrafte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungsordnung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK&lt;</b> summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert  > <b>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekrafte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungsordnung/Anzahl_VK</b> ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.







# Anlage 2 zum Beschluss

BAnz AT 29.07.2022 B2

49) Anzahl der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in Psychiatrie und Psychosomatik (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in Psychiatrie und Psychosomatik mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Physiotherapeuten in Psychiatrie und Psychosomatik ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.3	Hart	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<n >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<n >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehntes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<n >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehntes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<n	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehntes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<n wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehntes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<n summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehntes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<n ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
50) Anzahl der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in Psychiatrie und Psychosomatik (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in Psychiatrie und Psychosomatik mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Sozialpädagogen in Psychiatrie und Psychosomatik ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.3	Hart	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<n >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<n >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehntes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<n >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehntes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Anzahl_VK<n	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehntes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<n wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehntes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<n summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehntes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Anzahl_VK<n ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
51) Anzahl des speziellen therapeutischen Personals (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe des speziellen therapeutischen Personals mit direktem Beschäftigungsverhältnis und des speziellen therapeutischen Personals ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.4	Hart	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<n >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<n >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/entsprechen_in_Summe_nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personalerfassung/Anzahl_VK<n	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.4. Der Wert Anzahl Vollkräfte des speziellen therapeutischen Personals für den Schlüssel <Datenplatzhalter> muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<n wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<n summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personalerfassung/Anzahl_VK<n ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
52) Prüfung der UTF-8 Zeichenkodierung	Prüfung gemäß der Qb-R	Diese Regel überprüft gemäß Qb-R, dass jegliche in den Berichten enthaltene Zeichen eine gültige UTF-8 Zeichenkodierung aufweisen.	XML-Datei	Weich	In Ihrer geprüften XML-Datei wurde das Zeichen <Datenplatzhalter_Index_Zeichen> in Zeile <Datenplatzhalter> gefunden, welches nicht der UTF-8 Zeichenkodierung entspricht.	In Ihrer geprüften XML-Datei befinden sich ungültige Zeichen, die gemäß der Qb-R der strukturierten Qualitätsberichte nicht zulässig sind. Bitte senden Sie diesen Qualitätsbericht mit dieser Fehlermeldung an Ihren Softwarehersteller.	Jedes in der gelieferten XML-Datei befindliche Zeichen wird auf die Gültigkeit im UTF-8 Zeichensatzraum überprüft. Hierzu kann die Apache Bibliothek Commons IO oder die Funktionalitäten des Betriebssystems verwendet werden.
55) Vergleich des Händedesinfektionsmittelverbrauchs von Allgemeinstationen	Abgleich mit Vorjahreswerten	Diese Regel überprüft, ob die angegebene Menge des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Allgemeinstationen den halben (16,75 ml/Patiententag) bzw. doppelten (67 ml/Patiententag) Wert des Medians der Angaben aller Qualitätsberichte des Vorjahres zum Händedesinfektionsmittelverbrauch unter- bzw. überschreitet.	A-12.3.2.4	Weich	• Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen <Datenplatzhalter> verbrauchen Sie weniger als die Hälfte an Händedesinfektionsmittel verglichen mit dem Verbrauch eines durchschnittlichen bundesdeutschen Krankenhauses. (weniger als 16,75 ml/Patiententag) • Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen <Datenplatzhalter> verbrauchen Sie mehr als das Doppelte an Händedesinfektionsmittel verglichen mit dem Verbrauch eines durchschnittlichen bundesdeutschen Krankenhauses. (mehr als 67 ml/Patiententag)	Bitte überprüfen Sie, ob die Angaben des Händedesinfektionsmittelverbrauchs für Ihre Allgemeinstationen fehlerfrei in den Bericht übernommen wurden. Sollte der angegebene Wert korrekt sein, können Sie diese Warnung ignorieren.	Der Wert des Händedesinfektionsmittelverbrauchs der Allgemeinstationen wird ausgelesen: >Qualitaetsbericht/Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung/Weitere_Informationen/Hygiene/Haendedesinfektion/Haendedesinfektionsmittelverbrauch_wurde_erhoben/Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen<n Dieser Wert wird mit dem Median der Angaben aller Qualitätsberichte des Vorjahres zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen verglichen. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der im Bericht angegebene Wert den halben (16,75 ml/Patiententag) bzw. doppelten (67 ml/Patiententag) Median unter- bzw. überschreitet.
56) Vergleich des Händedesinfektionsmittelverbrauchs von Intensivstationen	Abgleich mit Vorjahreswerten	Diese Regel überprüft, ob die angegebene Menge des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Intensivstationen den halben (71 ml/Patiententag) bzw. doppelten (284 ml/Patiententag) Wert des Medians der Angaben aller Qualitätsberichte des Vorjahres zum Händedesinfektionsmittelverbrauch unter- bzw. überschreitet.	A-12.3.2.4	Weich	• Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen <Datenplatzhalter> verbrauchen Sie weniger als die Hälfte an Händedesinfektionsmittel verglichen mit dem Verbrauch eines durchschnittlichen bundesdeutschen Krankenhauses. (weniger als 71 ml/Patiententag) • Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen <Datenplatzhalter> verbrauchen Sie mehr als das Doppelte an Händedesinfektionsmittel verglichen mit dem Verbrauch eines durchschnittlichen bundesdeutschen Krankenhauses. (mehr als 284 ml/Patiententag)	Bitte überprüfen Sie, ob die Angaben des Händedesinfektionsmittelverbrauchs für Ihre Intensivstationen fehlerfrei in den Bericht übernommen wurden. Sollte der angegebene Wert korrekt sein, können Sie diese Warnung ignorieren.	Der Wert des Händedesinfektionsmittelverbrauchs der Intensivstationen wird ausgelesen: >Qualitaetsbericht/Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung/Weitere_Informationen/Hygiene/Haendedesinfektion/Haendedesinfektionsmittelverbrauch_wurde_erhoben/Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen<n Dieser Wert wird mit dem Median der Angaben aller Qualitätsberichte des Vorjahres zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen verglichen. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der im Bericht angegebene Wert den halben (71 ml/Patiententag) bzw. doppelten (284 ml/Patiententag) Median unter- bzw. überschreitet.

57	Abgleich OPS und Angaben zur Mindestmengenregelung	Wenn-Dann-Regel (berichtsstellübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass bei Angabe eines OPS-Codes eines mindestmengenrelevanten Leistungsbereichs gemäß der Anlage der Mm-R 2021 (ausschließlich Leistungsbereiche "Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende)", "Nierentransplantation (inklusive Lebendspende)", "Stammzelltransplantation", "Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene", "Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas" und "Kniegelenk-Totalendoprothesen") entsprechende Angaben zur Umsetzung der Mindestmengenregelung (C-5.1) erfolgen.	B-X.7, C-5.1	Weich	In Ihren Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zu den durchgeführten Prozeduren in den Fachabteilungen finden sich mindestmengenrelevante OPS-Kodes gemäß Mm-R für den Leistungsbereich <Datenplatzhalter>. Jedoch liegen keine Angaben unter C-5.1 Mindestmengen vor.	Bitte prüfen Sie, ob für den mindestmengenrelevanten Leistungsbereich <Datenplatzhalter> entsprechend der dokumentierten mindestmengenrelevanten OPS-Kodes <Datenplatzhalter für OPS-Codes> Angaben im Kapitel C-5.1 des Qualitätsberichts zu erfolgen haben und ergänzen Sie dort ggf. Ihre Angaben.	Es wird nach allen Elementen >Prozeduren/Verpflichtende_Angabe/Prozedur/OPS_301/< sowie >Prozeduren/Freiwillige_Angabe/Prozedur/OPS_301/< unter >Qualitätsbericht/Organisationsseinheiten, Fachabteilungen/Organisationsseinheiten, Fachabteilungen< gesucht. Alle gefundenen Elemente werden mit den OPS-Listen gemäß der Anlage der Mm-R (https://www.g-ba.de/downloads/62-4562546/Mm-R_2021/06-17_06-2021-07-29.pdf vom 29.07.2021) zu den Leistungsbereichen "Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende)", "Nierentransplantation (inklusive Lebendspende)", "Stammzelltransplantation", "Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene", "Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas" und "Kniegelenk-Totalendoprothesen" verglichen. Wenn ein oder mehrere im Qualitätsbericht angegebene OPS-Kodes auf einer OPS-Liste gemäß der Anlage der Mm-R gefunden wurde, wird die Gesamtanzahl des entsprechenden OPS-Kodes aus den Elementen >Prozeduren/Verpflichtende_Angabe/Prozedur/Anzahl< und >Prozeduren/Freiwillige_Angabe/Prozedur/Anzahl< berechnet. Wenn die Gesamtanzahl mindestens 1 beträgt, wird überprüft, ob ein Eintrag des jeweiligen Leistungsbereiches unter >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Bezeichnung< zu finden ist. Ist dieser Eintrag nicht vorhanden, dann gilt der Test als fehlergeschlagen.
58	Angabe einer Begründung bei Nichterreichen der Mindestmenge	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)	Diese Regel überprüft für jeden Leistungsbereich gemäß Mm-R, dass eine Begründung angegeben ist, wenn die jeweilige Mindestmenge eines Leistungsbereichs nicht erreicht wird.	C-5.1	Hart	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausweischlich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende)" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (20) nicht erbracht und es wurde keine Begründung aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" angegeben.</li> <li>Ausweischlich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Nierentransplantation (inklusive Lebendspende)" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (25) nicht erbracht und es wurde keine Begründung aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" angegeben.</li> <li>Ausweischlich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (10) nicht erbracht und es wurde keine Begründung aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" angegeben.</li> <li>Ausweischlich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Stammzelltransplantation" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (25) nicht erbracht und es wurde keine Begründung aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" angegeben.</li> <li>Ausweischlich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Kniegelenk-Totalendoprothesen" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (10) nicht erbracht und es wurde keine Begründung aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" angegeben.</li> <li>Ausweischlich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (10) nicht erbracht und es wurde keine Begründung aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" angegeben.</li> <li>Ausweischlich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Stammzelltransplantation" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (25) nicht erbracht und es wurde keine Begründung aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" angegeben.</li> <li>Ausweischlich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Kniegelenk-Totalendoprothesen" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (50) nicht erbracht und es wurde keine Begründung aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" angegeben.</li> <li>Ausweischlich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht von &lt; 1250 g" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (14) nicht erbracht und es wurde keine Begründung aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" angegeben.</li> </ul>	Bitte überprüfen Sie, ob die Angaben der Mindestmenge in C-5.1 fehlerfrei in den Bericht übernommen wurde. Sollte der angegebene Wert korrekt sein, ist eine Begründung gemäß Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" anzugeben.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es wird geprüft, ob der Wert &lt;Datenplatzhalter „Leistungsbereich“&gt; unter &gt;Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Bezeichnung&lt; vorhanden ist. Wenn dieser existiert, wird in diesem Pfad der Wert der Mindestmenge in &gt;Erbrachte_Menge&lt; auslesen. Ist dieser Wert kleiner als die definierte Mindestmenge (&lt;Datenplatzhalter „Mindestmenge“&gt;) wird geprüft, ob ein Wert in &gt;Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Begründung/Mm_Schulthese&lt; existiert. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.</li> <li>Folgende &lt;Datenplatzhalter „Leistungsbereich“&gt; : &lt;Datenplatzhalter „Mindestmenge“&gt; sind zu kombinieren und einzeln zu implementieren:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende) : 20</li> <li>Nierentransplantation (inklusive Lebendspende) : 25</li> <li>Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene : 10</li> <li>Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas : 10</li> <li>Stammzelltransplantation : 25</li> <li>Kniegelenk-Totalendoprothesen: 50</li> <li>Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht kleiner 1250 g : 14</li> </ul> </li> </ul>
59	Mindestmengen: Prüfung der Angaben zu den Leistungsmengen	Ist-gleich-Regel	Diese Regel überprüft, ob die für das Berichtsjahr angegebenen Leistungsmengen in den mindestmengenrelevanten Leistungsbereichen im Teil C-5.1 mit der jeweiligen Angabe unter C-5.2.1a (im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge) übereinstimmen.	C-5.1, C-5.2.1a	Hart	Der Wert für den Leistungsbereich <Datenplatzhalter> gemäß Mm-R in Kapitel C-5.1 in	Werden für einen Leistungsbereich Leistungsmengen sowohl für das Berichtsjahr als auch für die Prognoseermittlung angegeben, muss in Abschnitt C-5.2.1a (im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge zur Prognoseermittlung) exakt der selbe Wert stehen wie in Abschnitt C-5.1 (Leistungsmenge im Berichtsjahr). Bitte überprüfen Sie die Angaben und übernehmen die korrekte Leistungsmenge an beiden Stellen. Gegebenenfalls ist eine Korrektur nur durch Ihren Softwarehersteller möglich.	Auslesen aller Werte in >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Bezeichnung< Abgleich dieser Liste mit den Werten in >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Bezeichnung< Wenn ein Wert (Leistungsbereich gemäß Mm-R) in beiden Pfaden vorkommt, so werden die Werte >Leistungsbereich/Erbrachte_Menge< und >Leistungsbereich/Ergebnis_Prognoseprüfung_Landesverbände/Leistungsmenge_Berichtsjahr< verglichen. Stimmen diese nicht exakt überein, so gilt der Test als fehlergeschlagen.
60	Berechtigung zur Leistungserbringung	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)	Diese Regel überprüft für jeden Leistungsbereich gemäß Mm-R, dass bei einer Angabe von "Ja" bei der Berechtigung zur Leistungserbringung im Prognosejahr (C-5.2.1) mindestens eines der Elemente C-5.2.1a - C-5.2.1c mit "Ja" beantwortet wurde.	C-5.2	Hart	Laut Ihrer Angaben zum Leistungsbereich <Datenplatzhalter> gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.1 in	Bitte prüfen Sie, ob Ihre Angaben für den Leistungsbereich <Datenplatzhalter> gemäß Mm-R unter C-5.2.1a bis C-5.2.1c korrekt sind. Sollte keines dieser Elemente mit "Ja" beantwortet werden, prüfen Sie bitte Ihre Angabe unter C-5.2.1, da der Standort in diesem Fall nicht zur Leistungserbringung im Prognosejahr berechtigt wäre.	Der Wert >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Leistungsberechtigung_Prognosejahr< wird auslesen. Ist die Angabe "Ja", werden die Angaben in >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognoseprüfung_Landesverbände/Prüfung_Landesverbände< und >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ausnahmetatbestand< >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognoseprüfung_Landesverbände/Prüfung_Landesverbände< geprüft. Entspricht nicht mindestens eine der Angaben einem "Ja", gilt der Test als fehlergeschlagen.
61	Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)	Diese Regel überprüft für jeden Leistungsbereich gemäß Mm-R, dass bei der Erstellung einer Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§136b Absatz 5 SGB V) (Kapitel C-5.2.1c) in Kapitel C-5.2.1a (Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen) sowie Kapitel C-5.2.1b (Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)) "Nein" bzw. "Rechtstreit anhängig" angegeben wurde.	C-5.2	Weich	Laut Ihrer Angabe zum Leistungsbereich <Datenplatzhalter> gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.1c in	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wenn die Eingabe in C-5.2.1c "Ja" entspricht, darf in Kapitel C-5.2.1a nur "Nein" oder "Rechtstreit anhängig" angegeben werden. Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in</li> <li>Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognoseprüfung_Landesverbände/Prüfung_Landesverbände&lt;.</li> <li>Wenn die Eingabe in C-5.2.1c "Ja" entspricht, darf in Kapitel C-5.2.1b nur "Nein" angegeben werden. Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in</li> <li>Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ausnahmetatbestand&lt;.</li> <li>Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Sicherstellung_Versorgung&lt; haben die Landesbehörden eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§136b Absatz 5 SGB V) erteilt. Jedoch wurde in</li> <li>Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognoseprüfung_Landesverbände/Prüfung_Landesverbände&lt; "Ja" angegeben.</li> <li>Laut Ihrer Angabe zum Leistungsbereich &lt;Datenplatzhalter&gt; gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.1c in</li> <li>Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Sicherstellung_Versorgung&lt; haben die Landesbehörden eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§136b Absatz 5 SGB V) erteilt. Jedoch wurde in</li> <li>Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ausnahmetatbestand&lt; "Ja" angegeben.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auslesen des Wertes &gt;Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognoseprüfung_Landesverbände/Prüfung_Landesverbände&lt; wenn der Wert "Ja" entspricht, dann werden die Angaben in &gt;Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognoseprüfung_Landesverbände/Prüfung_Landesverbände&lt; und &gt;Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ausnahmetatbestand&lt; geprüft. Wurde mindestens eine dieser Angaben mit "Ja" beantwortet, gilt der Test als fehlergeschlagen.</li> </ul>

62	Mindestmengen: Prüfung der Angaben zur beställigten Prognose	Wenn-Dann-Regel (Kapitelintern)	Diese Regel überprüft für jeden Leistungsbereich gemäß Mm-R, dass wenn die Werte der im Berichtsjahr erreichten Leistungsmenge oder der in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahrs und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichten Leistungsmenge jeweils größer oder gleich der Mindestmenge sind, bei der beställigten Prognose in Kapitel C-5.2.1a "Ja" ausgewählt wurde.	C-5.2	Weich	Laut Ihren Angaben zum Leistungsbereich <Datenplatzhalter> gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.1a sind die beiden Werte in >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognoseprüfung_Landesverbände/Leistungsmenge_Berichtsjahr</>  >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognoseprüfung_Landesverbände/Q3_4_Q3_2_Leistungsmenge</> jeweils größer oder gleich der Mindestmenge. Jedoch wurde bei der beställigten Prognose in Kapitel C-5.2.1a nicht "Ja" angegeben.	Sind der Wert der erreichten Leistungsmengen des Berichtsjahrs oder der Wert der letzten zwei Quartale des Berichtsjahrs und der ersten zwei auf das Berichtsjahr folgenden Jahres größer oder gleich den Mindestmengen, ist davon auszugehen, dass bei der beställigten Prognose "Ja" angegeben werden muss. Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe.  >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognoseprüfung_Landesverbände/Q3_4_Q3_2_Leistungsmenge</> jeweils größer oder gleich der Mindestmenge des jeweiligen Leistungsbereichs unter  >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Bezeichnung</>: Trifft dies zu, wird die Eingabe in  >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognoseprüfung_Landesverbände/Prüfung_Landesverbände</> ausgießen. Entspricht die Angabe nicht "Ja", gilt der Test als fehlergeschlagen • Folgende <Datenplatzhalter_Leistungsbereich> <Datenplatzhalter_Mindestmenge> sind zu kombinieren: • Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende): 20 • Nierentransplantation (inklusive Lebendspende): 25 • Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene: 10 • Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas: 10 • Stammzelltransplantation: 25 • Kniegelenk-Totalendoprothesen: 50 • Versorgung von Fröh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegericht kleiner 1250 g : 14
63	Nein-Angaben bei der Berechtigung zur Leistungserbringung im Prognosejahr	Wenn-Dann-Regel (Kapitelintern)	Diese Regel überprüft für jeden Leistungsbereich gemäß Mm-R, dass bei der Auswahl von "Nein" bei der Berechtigung zur Leistungserbringung im Prognosejahr (C-5.2.1) die Angaben in den Kapiteln C-5.2.1a - C-5.2.1c vereinigt sind.	C-5.2	Hart	Laut Ihrer Angaben zum Leistungsbereich <Datenplatzhalter> gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.1 in >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Leistungsberechtigung_Prognosejahr</> ist der Standort im Prognosejahr nicht zur Leistungserbringung berechtigt. Jedoch ist bei >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognoseprüfung_Landesverbände/Prüfung_Landesverbände</> • Wenn der Standort nicht zur Leistungserbringung im Prognosejahr berechtigt ist, muss in Kapitel C-5.2.1b "Nein" angegeben werden. Bitte prüfen Sie Ihre Eingabe in • Laut Ihrer Angaben zum Leistungsbereich <Datenplatzhalter> gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.1 in >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ausnahmetatbestand</> >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Leistungsberechtigung_Prognosejahr</> ist der Standort im Prognosejahr nicht zur Leistungserbringung berechtigt. Jedoch ist bei >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ausnahmetatbestand</> "Ja" angegeben. • Laut Ihrer Angaben zum Leistungsbereich <Datenplatzhalter> gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.1 in >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Leistungsberechtigung_Prognosejahr</> ist der Standort im Prognosejahr nicht zur Leistungserbringung berechtigt. Jedoch ist bei >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erlaubnis_Sicherstellung_Versorgung</> "Ja" angegeben.	• Wenn der Standort nicht zur Leistungserbringung im Prognosejahr berechtigt ist, muss in Kapitel C-5.2.1a "Nein" angegeben werden. Bitte prüfen Sie Ihre Eingabe in  >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognoseprüfung_Landesverbände/Prüfung_Landesverbände</> • Wenn der Standort nicht zur Leistungserbringung im Prognosejahr berechtigt ist, muss in Kapitel C-5.2.1b "Nein" angegeben werden. Bitte prüfen Sie Ihre Eingabe in  >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ausnahmetatbestand</>  >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Leistungsberechtigung_Prognosejahr</> ist der Standort im Prognosejahr nicht zur Leistungserbringung berechtigt. Jedoch ist bei  >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erlaubnis_Sicherstellung_Versorgung</> geprüft. Wird bei mindestens einem dieser Elemente "Ja" angegeben, dann gilt der Test als nicht bestanden.
64	Prüfung der Angabe zur Notfallstufe bzw. der Spezialversorgung	Wenn-Dann-Regel	Diese Regel überprüft, ob bei einer Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung gemäß den Regelungen zu den Notfallstrukturen mindestens eine Angabe zur Teilnahme an einer Notfallstufe oder zur Teilnahme an dem Modul der Spezialversorgung vorliegt.	A-14.1, A-14.3	Hart	Sie haben das Element  >Qualitätsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung</> ausgewählt, jedoch weder eine Angabe zur Zuordnung zu einer Notfallstufe unter >Qualitätsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe</> oder unter >Qualitätsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe</> noch unter >Qualitätsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Voraussetzungen_Spezialversorgung_erfüllt/Tabbestand_Spezialversorgung</> eine Angabe gemacht.	Wenn das Element  >Qualitätsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung</> ausgewählt wurde, muss mindestens ein Element unter >Qualitätsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe</> oder unter >Qualitätsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Voraussetzungen_Spezialversorgung_erfüllt/Tabbestand_Spezialversorgung</> vorhanden sein. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben und ergänzen Sie ggf. fehlende Elemente.
65	Prüfung der Angabe von mindestens einer Notfallstufe	Wenn-Dann-Regel	Die Regel überprüft, dass bei der Teilnahme an einer Notfallstufe mindestens eine der Stufen Basisnotfallversorgung (Stufe 1), Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2) oder Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3) angegeben wird.	A-14.1	Hart	Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zur Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung unter >Qualitätsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe/Notfallstufe_zugeordnet</> ist Ihr Krankenhaus einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet. Jedoch liegen keine Angaben zu mindestens einer Stufe der Notfallversorgung vor.	Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben in Kapitel A-14.1 und geben Sie mindestens eine der drei Notfallstufen: Basisnotfallversorgung (Stufe 1), Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2) oder Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3) an.  >Qualitätsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe/Notfallstufe_zugeordnet</> gesucht. Trifft das Element auf wird geprüft, ob mindestens eines der Elemente >Qualitätsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe/Notfallstufe_zugeordnet/Basisnotfallversorgung_Stufe_1</> oder >Qualitätsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe/Notfallstufe_zugeordnet/Erweiterte_Notfallversorgung_Stufe_2</> oder >Qualitätsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe/Notfallstufe_zugeordnet/Umfassende_Notfallversorgung_Stufe_3</> vorhanden ist. Ansonsten gilt der Test als nicht bestanden.
66	Anzahl der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	Anzahl des Personals (berichtsstellenübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner" des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.  >Organisationseinheiten/Fachabteilungen</> dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung  >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung</> wird überprüft, ob der Wert  >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekräfte/Pflegefachfrau/Personalerfassung/Anzahl_VK</> angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlergeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter  >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Pflegefachfrau/Personalerfassung/Anzahl_VK</>
67	Anzahl der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder  >Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK</> und >Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK</>  >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Pflegefachfrau</> entsprechen in Summe nicht  >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Pflegefachfrau/Personalerfassung/Anzahl_VK</>	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.  >Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK</> und >Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK</>  >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Pflegefachfrau/Personalerfassung/Anzahl_VK</> ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
68	Anzahl der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ohne Fachabteilungsbezeichnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ohne Fachabteilungsbezeichnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ohne Fachabteilungsbezeichnung ohne direktem Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder  >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungsbezeichnung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK</> und >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungsbezeichnung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK</>  >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Pflegefachfrau/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungsbezeichnung/Anzahl_VK</>	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ohne Fachabteilungsbezeichnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.  >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungsbezeichnung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK</> und >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungsbezeichnung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK</>  >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Pflegefachfrau/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungsbezeichnung/Anzahl_VK</> ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.

69	Anzahl der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc.	Anzahl des Personals (berichtsstellübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl <b>&lt;Datenplatzhalter&gt;</b> der "Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc." des Krankenhauses wird durch die Summe <b>&lt;Datenplatzhalter&gt;</b> aller Organisationseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. Die Werteangaben in den  >Organisationseinheiten/Fachabteilungen< dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung  >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten, Fachabteilungen/Organisationseinheit, Fachabteilung< wird überprüft, ob der Wert  >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten, Fachabteilungen/Organisationseinheit, Fachabteilung/Pflegekräfte/Pflegefachfrau_BSc/Personalerfassung/Anzahl_VK< angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter  >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Pflegefachfrau_BSc/Personalerfassung/Anzahl_VK<
70	Anzahl der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder  >Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und  >Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< und  >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Pflegefachfrau_BSc/< entsprechen in Summe nicht  >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Pflegefachfrau_BSc/Personalerfassung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert  >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Pflegefachfrau_BSc/Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert  >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Pflegefachfrau_BSc/Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert  >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Pflegefachfrau_BSc/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
71	Anzahl der Pflegefachfrauen B.Sc. ohne Fachabteilungsordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. ohne Fachabteilungsordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. ohne Fachabteilungsordnung ohne direktem Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder  >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungsordnung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und  >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungsordnung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< und  >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Pflegefachfrau_BSc/< entsprechen in Summe nicht  >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Pflegefachfrau_BSc/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungsordnung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. ohne Fachabteilungsordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert  >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Pflegefachfrau_BSc/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungsordnung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert  >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Pflegefachfrau_BSc/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungsordnung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert  >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Pflegefachfrau_BSc/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungsordnung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
72	Vorhandensein der spezifischen Angaben für Qualitätsindikatoren	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)	Diese Regel überprüft, dass für einen Qualitätsindikator Angaben zur qualitativen Bewertung des Ergebnisses gemacht werden.	C-1.2	Hart	Das Element  >Ergebnis_Bewertung< ist nicht vorhanden, obwohl es sich bei dem QS-Ergebnis <b>&lt;Datenplatzhalter_Ergebnis_ID&gt;</b> um einen Qualitätsindikator handelt.	Wenn es sich bei dem angegebenen QS-Ergebnis um einen Qualitätsindikator handelt, müssen Angaben zur qualitativen Bewertung des Ergebnisses gemacht werden. Bitte überprüfen Sie Ihre Eingaben. Die Krankenhäuser haben keine Prüfpflicht im Zusammenhang mit dieser Regel.	Für jedes QS-Ergebnis unter  >Datengestuetzte_Qualitaetsicherung/Ergebnis/Einziges_Auswertungseinheit/QS-Ergebnis< und  >Datengestuetzte_Qualitaetsicherung/Ergebnis/Auswertungseinheit/QS-Ergebnis< wird das Element  >Art_des_Wertes< ausgelesen. Ist der Wert = "QI" wird überprüft, ob das Element  >Ergebnis_Bewertung< vorhanden ist. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn das Element  >Ergebnis_Bewertung< nicht vorhanden ist.
73	Nicht-Vorhandensein der spezifischen Angaben für Qualitätsindikatoren	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)	Diese Regel überprüft, dass für QS-Ergebnisse, welche keine Qualitätsindikatoren sind, keine Angaben zu den Ergebnissen der qualitativen Bewertung gemacht werden.	C-1.2	Hart	Bei dem QS-Ergebnis <b>&lt;Datenplatzhalter_Ergebnis_ID&gt;</b> handelt es sich nicht um einen Qualitätsindikator, jedoch wurden Angaben zu den Ergebnissen der qualitativen Bewertung gemacht.	Wenn es sich bei dem QS-Ergebnis nicht um einen Qualitätsindikator handelt, dürfen keine Angaben zu den Ergebnissen der qualitativen Bewertung gemacht werden. Bitte überprüfen Sie Ihre Eingaben. Die Krankenhäuser haben keine Prüfpflicht im Zusammenhang mit dieser Regel.	Für jedes QS-Ergebnis unter  >Datengestuetzte_Qualitaetsicherung/Ergebnis/Einziges_Auswertungseinheit/QS-Ergebnis< und  >Datengestuetzte_Qualitaetsicherung/Ergebnis/Auswertungseinheit/QS-Ergebnis< wird das Element  >Art_des_Wertes< ausgelesen. Ist der Wert nicht = "QI" wird überprüft, ob das Element  >Ergebnis_Bewertung< vorhanden ist. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn das Element  >Ergebnis_Bewertung< vorhanden ist.
74	Abgleich des rechnerischen Ergebnisses mit der Grundgesamtheit und den beobachteten Werten außer E/N-Indikatoren	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)	Diese Regel überprüft, ob für ein QS-Ergebnis, welches auf der Liste des IQTIG als O/E-Indikator oder Rate gekennzeichnet ist, dass wenn das rechnerische Ergebnis > "0" ist und kein Datenschutz vorliegt, die Grundgesamtheit und die Anzahl der beobachteten Ereignisse auch > "0" sind.	C-1.2	Pilot	Ausweislich Ihrer Angaben zum QS-Ergebnis <b>&lt;Datenplatzhalter_Ergebnis_ID&gt;</b> , bei welchem es sich um einen O/E-Indikator oder eine Rate handelt, ist das rechnerische Ergebnis größer als "0", jedoch wurden keine Angaben zur Grundgesamtheit sowie zu den beobachteten Ereignissen gemacht.	Wenn das rechnerische Ergebnis eines QS-Ergebnisses, bei welchem es sich um einen O/E-Indikator oder eine Rate handelt, größer als "0" ist und kein Datenschutz vorliegt, müssen die Werte der Grundgesamtheit sowie zu den beobachteten Ereignissen auch größer als "0" sein. Bitte überprüfen Sie Ihre Eingaben. Die Krankenhäuser haben keine Prüfpflicht im Zusammenhang mit dieser Regel.	Für jedes QS-Ergebnis unter  >Datengestuetzte_Qualitaetsicherung/Ergebnis/Einziges_Auswertungseinheit/QS-Ergebnis< und  >Datengestuetzte_Qualitaetsicherung/Ergebnis/Auswertungseinheit/QS-Ergebnis< wird der Wert unter  >Ergebnis_ID< ausgelesen. Ist dieser Wert in der Liste des IQTIG als Rate oder O/E gekennzeichnet, wird nach dem Vorhandensein des Elements  >Fallzahl_Datenschutz< gesucht. Ist das Element nicht vorhanden, wird der Wert unter  >Rechnerisches_Ergebnis< ausgelesen. Ist dieser Wert > "0", werden die Werte unter  >Fallzahl/Grundgesamtheit< und  >Fallzahl/Beobachtete_Ereignisse< ausgelesen. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn die Werte nicht > "0" sind.
75	Angabe des rechnerischen Ergebnisses bei O/E-Indikatoren	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)	Diese Regel überprüft, ob für ein QS-Ergebnis, welches auf der Liste des IQTIG als O/E-Indikator gekennzeichnet ist, das rechnerische Ergebnis angegeben wird, wenn Fälle erbracht wurden und die qualitative Bewertung abgeschlossen ist.	C-1.2	Hart	Bei dem QS-Ergebnis <b>&lt;Datenplatzhalter_Ergebnis_ID&gt;</b> handelt es sich um einen O/E-Indikator, jedoch wurden keine Angaben zum rechnerischen Ergebnis gemacht, obwohl Fälle erbracht worden sind und die qualitative Bewertung abgeschlossen ist.	Wenn es sich bei dem QS-Ergebnis um einen O/E-Indikator handelt, müssen Angaben zum rechnerischen Ergebnis gemacht werden, wenn Fälle erbracht wurden – auch wenn der Datenschutz greift – und die qualitative Bewertung abgeschlossen ist. Bitte überprüfen Sie Ihre Eingaben. Die Krankenhäuser haben keine Prüfpflicht im Zusammenhang mit dieser Regel.	Für jedes QS-Ergebnis unter  >Datengestuetzte_Qualitaetsicherung/Ergebnis/Einziges_Auswertungseinheit/QS-Ergebnis< und  >Datengestuetzte_Qualitaetsicherung/Ergebnis/Auswertungseinheit/QS-Ergebnis< wird der Wert unter  >Ergebnis_ID< ausgelesen. Ist dieser Wert in der Liste des IQTIG als O/E-Indikator gekennzeichnet, wird nach dem Vorhandensein der Elemente  >Fallzahl< oder  >Fallzahl_Datenschutz<, sowie  >Ergebnis_Bewertung/Qualitative_Bewertung_Berichtsjahr< (gleich "S91" und "N01") gesucht. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn eines dieser Elemente vorhanden ist, aber das Element  >Rechnerisches_Ergebnis< nicht angegeben wurde.

76	Angabe des rechnerischen Ergebnisses außer O/E-Indikatoren	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)	Diese Regel überprüft, ob für ein QS-Ergebnis, welches auf der Liste des IQTIG nicht als O/E-Indikator gekennzeichnet ist, das rechnerische Ergebnis angegeben wird wenn Fälle erbracht wurden und die qualitative Bewertung abgeschlossen ist.	C-1.2	Hart	Bei dem QS-Ergebnis <Datenplatzhalter_Ergebnis_ID> handelt es sich nicht um einen O/E-Indikator, jedoch wurden keine Angaben zum rechnerischen Ergebnis gemacht, obwohl Fälle erbracht worden sind, der Datenschutz nicht greift und die qualitative Bewertung abgeschlossen ist.	Wenn es sich bei dem QS-Ergebnis nicht um einen O/E-Indikator handelt, müssen Angaben zum rechnerischen Ergebnis gemacht werden, sofern Fälle erbracht wurden, der Datenschutz nicht greift und die qualitative Bewertung abgeschlossen ist. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben. Die Krankenhäuser haben keine Prüfpflicht im Zusammenhang mit dieser Regel.	Für jedes QS-Ergebnis unter >Datengestuetzte_Qualitaetsicherung/Ergebnis/Einzig_Auswertungseinheit/QS-Ergebnis<und >Datengestuetzte_Qualitaetsicherung/Ergebnis/Auswertungseinheit/QS-Ergebnis< wird der Wert unter >Ergebnis_ID< ausgelesen. Ist dieser Wert in der Liste des IQTIG nicht als O/E-Indikator gekennzeichnet, wird nach dem Vorhandensein des Elements >Fallzahl<, sowie >Ergebnis_Bewertung/Qualitative_Bewertung_Berichtsjaehrung<leich "S91" und "N01" gesucht. Der Test gilt als fehlschlagen, wenn eines dieser Elemente vorhanden ist, aber das Element >Rechnerisches_Ergebnis< nicht angegeben wurde.
77	Mindestmengen: Vorhandensein des Leistungsbereichs bei Angaben zu im Berichtsjahr erreichten Leistungsmengen zur Prognosedarlegung	Wenn-Dann-Regel	Diese Regel überprüft, dass wenn im Kapitel C-5.2.1a für einen mindestmengenrelevanten Leistungsbereich gemäß Mm-R eine Leistungsmenge größer "0" für die im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge angegeben wurde, auch eine Angabe für diesen Leistungsbereich im Kapitel C-5.1 vorhanden ist.	C-5.1, C-5.2.1a	Hart	Für den Leistungsbereich <Datenplatzhalter> gemäß Mm-R wurde in Kapitel C-5.2.1a unter >Qualitaetsbericht/Qualitaetsicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Leistungsmenge_Berichtsjaehrung< keine Leistungsmenge größer "0" angegeben, jedoch liegen keine Angaben zu diesem Leistungsbereich in C-5.1 unter >Qualitaetsbericht/Qualitaetsicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich< vor.	Wenn für einen mindestmengenrelevanten Leistungsbereich im Kapitel C-5.2.1a eine Angabe größer "0" für die im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge zur Prognosedarlegung angegeben wird, muss dieser Leistungsbereich auch im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge größer "0" angegeben werden. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben.	Auslesen aller Werte in >Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Leistungsmenge_Berichtsjaehrung< ist ein Wert größer "0" angegeben, wird nach dem entsprechenden Leistungsbereich in allen Werten unter >Qualitaetsbericht/Qualitaetsicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich< gesucht. Wird der Leistungsbereich nicht gefunden, gilt der Test als fehlschlagen.
78	Mindestmengen: Nicht-Vorhandensein des Leistungsbereichs bei Null-Angaben zu im Berichtsjahr erreichten Leistungsmengen zur Prognosedarlegung	Wenn-Dann-Regel	Diese Regel überprüft, dass wenn im Kapitel C-5.2.1a für einen mindestmengenrelevanten Leistungsbereich gemäß Mm-R eine Leistungsmenge gleich "0" für die im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge angegeben wurde, keine Angabe für diesen Leistungsbereich im Kapitel C-5.1 vorhanden ist.	C-5.1, C-5.2.1a	Hart	Für den Leistungsbereich <Datenplatzhalter> gemäß Mm-R wurde in Kapitel C-5.2.1a unter >Qualitaetsbericht/Qualitaetsicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Leistungsmenge_Berichtsjaehrung< keine Leistungsmenge von "0" angegeben, jedoch liegen keine Angaben zu diesem Leistungsbereich in C-5.1 unter >Qualitaetsbericht/Qualitaetsicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich< vor.	Wenn für einen mindestmengenrelevanten Leistungsbereich im Kapitel C-5.2.1a eine Angabe gleich "0" für die im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge zur Prognosedarlegung angegeben wird, darf dieser Leistungsbereich im Kapitel C-5.1 unter >Qualitaetsbericht/Qualitaetsicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Leistungsmenge_Berichtsjaehrung< nicht angegeben werden. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben.	Auslesen aller Werte in >Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Leistungsmenge_Berichtsjaehrung< ist ein Wert gleich "0" angegeben, wird nach dem entsprechenden Leistungsbereich in allen Werten unter >Qualitaetsbericht/Qualitaetsicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich< gesucht. Wird der Leistungsbereich gefunden, gilt der Test als fehlschlagen.
79	Abgleich der vollstationären Fallzahl im A-Teil mit Kontrollsumme aus B-Teilen	Wenn-Dann-Regel	Diese Regel überprüft, dass die Summe der vollstationären Fallzahlen der Organisationseinheiten/Fachabteilungen in den Kapiteln B-X.5 der Anzahl der vollstationären Fallzahl des Krankenhauses in Kapitel A-10 entspricht.	A-10, B-X.5	Pilot	Die Summe <Datenplatzhalter> der vollstationären Fallzahlen der Organisationseinheiten/Fachabteilungen in den Kapiteln B-X.5 entspricht nicht der in Kapitel A-10 angegebenen vollstationären Fallzahl <Datenplatzhalter> des Krankenhauses.	Die Summe der vollstationären Fallzahlen der Organisationseinheiten/Fachabteilungen muss dem Wert der vollstationären Fallzahl des Krankenhauses entsprechen. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben in den Kapiteln B-X.5 und A-10.	Für jede Fachabteilung >Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung< wird der Wert unter >Fallzahlen_OE/Vollstationaere_Fallzahl< ausgelesen. Alle Werte werden summiert. Der Test gilt als fehlschlagen, wenn die Summe nicht dem Wert unter >Qualitaetsbericht/Fallzahlen/Vollstationaere_Fallzahl< entspricht.
80	Abgleich der teilstationären Fallzahl im A-Teil mit Kontrollsumme aus B-Teilen	Wenn-Dann-Regel	Diese Regel überprüft, dass die Summe der teilstationären Fallzahlen der Organisationseinheiten/Fachabteilungen in den Kapiteln B-X.5 der Anzahl der teilstationären Fallzahl des Krankenhauses in Kapitel A-10 entspricht.	A-10, B-X.5	Pilot	Die Summe <Datenplatzhalter> der teilstationären Fallzahlen der Organisationseinheiten/Fachabteilungen in den Kapiteln B-X.5 entspricht nicht der in Kapitel A-10 angegebenen teilstationären Fallzahl <Datenplatzhalter> des Krankenhauses.	Die Summe der teilstationären Fallzahlen der Organisationseinheiten/Fachabteilungen muss dem Wert der teilstationären Fallzahl des Krankenhauses entsprechen. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben in den Kapiteln B-X.5 und A-10.	Für jede Fachabteilung >Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung< wird der Wert unter >Fallzahlen_OE/Teilstationaere_Fallzahl< ausgelesen. Alle Werte werden summiert. Der Test gilt als fehlschlagen, wenn die Summe nicht dem Wert unter >Qualitaetsbericht/Fallzahlen/Teilstationaere_Fallzahl< entspricht.
81	Abgleich der vollstationären Fallzahlen in B-Teilen mit Kontrollsummen (obere und untere Grenze) zu den Hauptdiagnosen aus B-Teil	Wenn-Dann-Regel	Diese Regel überprüft, dass die vollstationären Fallzahlen der Organisationseinheiten/Fachabteilungen in den Kapiteln B-X.5 der Anzahl der Hauptdiagnosen nach ICD-10 in Kapitel B-X.6 entsprechen.	B-X.5, B-X.6	Pilot	Die vollstationäre Fallzahl der unten aufgeführten Organisationseinheiten/Fachabteilungen im Kapitel B-X.5 ist jeweils entweder kleiner als die untere oder größer als die obere Grenze der Summe an Hauptdiagnosen, die sich aus den in Kapitel B-X.6 angegebenen Hauptdiagnosen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung ergeben. Die untere Grenze der Summe an Hauptdiagnosen entspricht der Summe der Fallzahlen + 1 (Anzahl der Angabe „Datenschutz“). Die obere Grenze der Summe an Hauptdiagnosen entspricht der Summe der Fallzahlen + 3 (Anzahl der Angabe „Datenschutz“). Die beiden Grenzen ergeben sich aus dem datenschutzrechtlichen Umgang mit kleinen Fallzahlen im Qualitätsbericht: Bei Fallzahlen von 1 bis einschließlich 3 wird anstatt der Fallzahl die Angabe „Datenschutz“ im Qualitätsbericht veröffentlicht.	Für jede Organisationseinheit/Fachabteilung darf die die angegebene vollstationäre Fallzahl nicht kleiner sein als die untere Grenze und nicht größer sein als die obere Grenze der Summe an dokumentierten Hauptdiagnosen nach ICD-10. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben in den Kapiteln B-X.5 und B-X.6.	Für jede Fachabteilung >Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung< wird zunächst der Wert unter >Fallzahlen_OE/Vollstationaere_Fallzahl< ausgelesen. Anschließend werden für jede Fachabteilung/Organisationseinheit die Werte unter >Hauptdiagnosen/Hauptdiagnose/Fallzahl< summiert sowie die Anzahl des Auftretens des Elements >Hauptdiagnosen/Hauptdiagnose/Fallzahl_Datenschutz< gezählt. Aus der berechneten Summe der Fallzahlen und der berechneten Anzahl des Datenschutzelements wird eine untere [(Summe der Fallzahl] + 1 * [Anzahl Datenschutzelement] und eine obere Grenze [(Summe der Fallzahl] + 3 * [Anzahl Datenschutzelement]) berechnet. Der Test gilt als fehlschlagen, wenn für mindestens eine Fachabteilung/Organisationseinheit, die vollstationäre Fallzahl kleiner der unteren oder größer der oberen Grenze ist.
82	Abgleich der Dokumentationsraten mit den QS-Ergebnissen	Wenn-Dann-Regel	Diese Regel überprüft, dass bei Vorhandensein von Angaben zu einem Leistungsbereich in Kapitel C-1.1 auch Angaben zu einem zugehörigen Auswertungsmodul in Kapitel C-1.2 erwartet werden.	C-1.1, C-1.2	Pilot	Für den Leistungsbereich <Datenplatzhalter> wurden dokumentierte Datensätze des Auswertungsstandortes in Kapitel C-1.1 erhoben, jedoch wurden keine Angaben zu mindestens einem zugehörigen Auswertungsmodul in Kapitel C-1.2 erfasst.	Wenn für einen Leistungsbereich in Kapitel C-1.1 die Anzahl der dokumentierten Datensätze des Standortes größer "0" ist oder der Datenschutz greift, dann müssen für mindestens ein zugehöriges Auswertungsmodul in Kapitel C-1.2 ebenfalls Angaben erfolgen. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben in den Kapiteln C-1.1 und C-1.2.	Für jeden Leistungsbereich unter >Datengestuetzte_Qualitaetsicherung/Dokumentationsraten/Leistungsbereich_DeQS< wird überprüft, ob der Wert unter >Anzahl_Datensaeetze_Standort< größer "0" ist oder das Element >Anzahl_Datensaeetze_Standort_Datenschutz< vorhanden ist. Wenn ja, wird nach mindestens einem zugehörigen Auswertungsmodul unter >Datengestuetzte_Qualitaetsicherung/Ergebnis/Einzig_Auswertungseinheit/QS-Ergebnis/Kuerzel_Leistungsbereich< oder >Datengestuetzte_Qualitaetsicherung/Ergebnis/Auswertungseinheit/QS-Ergebnis/Kuerzel_Leistungsbereich< gesucht. Der Test gilt als fehlschlagen, wenn nicht mindestens ein zugehöriges Auswertungsmodul gefunden wird. Auslesen aller Auswertungsmodüle unter >Datengestuetzte_Qualitaetsicherung/Ergebnis/Einzig_Auswertungseinheit/QS-Ergebnis/Kuerzel_Leistungsbereich< oder >Datengestuetzte_Qualitaetsicherung/Ergebnis/Auswertungseinheit/QS-Ergebnis/Kuerzel_Leistungsbereich<. Der Test gilt als fehlschlagen, wenn der zugehörige Leistungsbereich unter >Datengestuetzte_Qualitaetsicherung/Dokumentationsraten/Leistungsbereich_DeQS< nicht vorhanden ist oder der Wert des Leistungsbereichs unter >Anzahl_Datensaeetze_Standort< gleich "0" ist oder das Element >Anzahl_Datensaeetze_Standort_Datenschutz< nicht vorhanden ist.
83	Abgleich der QS-Ergebnisse mit den Dokumentationsraten	Wenn-Dann-Regel	Diese Regel überprüft, dass bei Vorhandensein von Angaben zu einem Auswertungsmodul in Kapitel C-1.2 auch Angaben zu dem zugehörigen Leistungsbereich in Kapitel C-1.1 erwartet werden.	C-1.1, C-1.2	Pilot	Für das Auswertungsmodul <Datenplatzhalter> wurden Ergebnisse in Kapitel C-1.2 dokumentiert, jedoch wurden für den zugehörigen Leistungsbereich in Kapitel C-1.1 keine Datensätze des Auswertungsstandortes ausgewiesen.	Wenn für ein Auswertungsmodul in Kapitel C-1.2 Ergebnisse dokumentiert wurden, dann muss für den zugehörigen Leistungsbereich in Kapitel C-1.1 die Anzahl der Datensätze für diesen Standort größer "0" sein oder der Datenschutz greift. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben in den Kapiteln C-1.1 und C-1.2.	Auslesen aller Auswertungsmodüle unter >Datengestuetzte_Qualitaetsicherung/Ergebnis/Einzig_Auswertungseinheit/QS-Ergebnis/Kuerzel_Leistungsbereich< oder >Datengestuetzte_Qualitaetsicherung/Ergebnis/Auswertungseinheit/QS-Ergebnis/Kuerzel_Leistungsbereich<. Der Test gilt als fehlschlagen, wenn der zugehörige Leistungsbereich unter >Datengestuetzte_Qualitaetsicherung/Dokumentationsraten/Leistungsbereich_DeQS< nicht vorhanden ist oder der Wert des Leistungsbereichs unter >Anzahl_Datensaeetze_Standort< gleich "0" ist oder das Element >Anzahl_Datensaeetze_Standort_Datenschutz< nicht vorhanden ist.